CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	GUERRA MEYER JUAN CARLOS	DOCUMENTO:	1.065.648.842	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)																					X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Malestar general																					X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Tos																					X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Dificultad respiratoria																					X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Dolor de garganta																					X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Vómito																					X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Fatiga																					X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Otros síntomas, descríbalos.																															
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																					X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																					X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																					X	X	X	X	X	X	X	X	X		X

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																					X		X	X		X	X		X		X	X			X	

OBSERVACIONES:

000575

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	HERNANDEZ RIOS ALISON MIGUEL	DOCUMENTO:	8759628	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

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
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
Se autoriza el ingreso								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

OBSERVACIONES:

000573

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	HERNANDEZ SOLANO EDUYAR	DOCUMENTO:	8759628	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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)																								X	X	X	X	X	X		X
Malestar general																								X	X	X	X	X	X		X
Tos																								X	X	X	X	X	X		X
Dificultad respiratoria																								X	X	X	X	X	X		X
Dolor de garganta																								X	X	X	X	X	X		X
Vómito																								X	X	X	X	X	X		X
Fatiga																								X	X	X	X	X	X		X
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																								X	X	X	X	X	X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																								X	X	X	X	X	X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																								X	X	X	X	X	X		X

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																									X	X	X	X	X	X	

OBSERVACIONES:

000577

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	HERRERA MERCADO FLORENTINO LUIS	DOCUMENTO:	1128107210	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	AYUDANTE

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

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
SINTOMAS ACTUALES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Malestar general						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Tos						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dificultad respiratoria						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dolor de garganta						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Vómito						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Fatiga						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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					X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X			

	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
SINTOMAS ACTUALES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000573

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	HERRERA PALACIN WILSON EMIRO	DOCUMENTO:	1085176681	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

00057

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	HINOJOSA FLOREZ YARLEDIS	DOCUMENTO:	1065834093	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	AUXILIAR 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)						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Malestar general						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Tos						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dificultad respiratoria						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dolor de garganta						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Vómito						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Fatiga						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Otros síntomas, descríbalos.						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
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						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

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						X		X		X		X		X							X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

OBSERVACIONES:

000583

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	LAMBIASE CORDOBA DAVID FERNANDO	DOCUMENTO:	85153050	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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						X		X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000581

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	LOPEZ CALDERA JOSE	DOCUMENTO:	1007558388	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Malestar general				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tos				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dificultad respiratoria				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dolor de garganta				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vómito				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fatiga				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Otros síntomas, describalos.				X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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						X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19						X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales						X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

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						X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

OBSERVACIONES:

000582

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	MARRIAGA LOPEZ EDIER JOHAN	DOCUMENTO:	1121338097	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000583

A CONSTRUIR S.A.	**CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19** **ENERO**	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	MARTINEZ ARIAS JULIO ENRIQUE	**DOCUMENTO:**	77173308	**Empresa/Contratista:**	A CONSTRUIR	**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 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)								X																																																							
Malestar general								X																																																							
Tos								X																																																							
Dificultad respiratoria								X																																																							
Dolor de garganta								X																																																							
Vómito								X																																																							
Fatiga								X																																																							
Otros síntomas, descríbalos.								X																																																						
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								X																																																							
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X																																																							
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X																																																							

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							X																																																							

OBSERVACIONES:

000584

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	MARTINEZ CANTILLO BORINEL	DOCUMENTO:	1046271807	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	RESIDENTE ADMINISTRATIVA

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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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
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
Se autoriza el ingreso								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000585

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	MARTINEZ INSIGNARES JAIRO ENRIQUE	DOCUMENTO:	8743419	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	OFICIAL

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

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
SINTOMAS ACTUALES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)								X		X		X		X		X						X		X		X						
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X						
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X						
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X						
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X						
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X						
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X						
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X						
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X						
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X						
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X						
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X					

	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
SINTOMAS ACTUALES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

000583

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	MARTINEZ WILLIAM	DOCUMENTO:	77162125	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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
Fiebre (>37.5°C)																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Malestar general																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Tos																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Dificultad respiratoria																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Dolor de garganta																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Vómito																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Fatiga																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Otros síntomas, describalos.																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

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
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
Se autoriza el ingreso																									X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000587

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	MENDOZA MENDOZA YESMAN ENRIQUE	DOCUMENTO:	5165243	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

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
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
Se autoriza el ingreso								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

OBSERVACIONES:

000583

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	MORALES ARRIETA EDGAR	DOCUMENTO:	72163267	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	MAESTRO DE 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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

00058

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	MORALES ESTRADA KEZIA MARGARITA	DOCUMENTO:	1143436176	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	RESIDENTE ADMINISTRATIVA

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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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
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
Se autoriza el ingreso								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000593

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	MORALES ESTRADA REGGIE	DOCUMENTO:	1007451199	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000591

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	MORALES ESTRADA VERUSKA	DOCUMENTO:	1143465288	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000592

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	NOVOA GARRIDO ARBIND DAVID	DOCUMENTO:	12693763	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000593

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

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

Nombres y Apellidos:	OÑATE RINCON ANDY JUNIOR	DOCUMENTO:	1065600543	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000591

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	OROZCO DE ALBA BLADIMIR	DOCUMENTO:	8789548	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

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							X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000595

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	OROZCO FRIAS JHON JAIRO	DOCUMENTO:	72434624	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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
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
Se autoriza el ingreso								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000595

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	PADILLA MERCADO LUIS EDUARDO	DOCUMENTO:	1001879849	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X			

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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000597

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	PADILLA MUÑOZ ABELINO	DOCUMENTO:	72281838	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

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							X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

OBSERVACIONES:

000593

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	PALENCIA DE LA ASUNCION WILLIAM ENRIQUE	DOCUMENTO:	72290236	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	MAESTRO DE 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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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
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
Se autoriza el ingreso								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X				X														

OBSERVACIONES:

000577

A CONSTRUIR S.A.	**CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19** **ENERO**	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	PEÑA PINZON JOSE MANUEL	**DOCUMENTO:**	6632995	**Empresa/Contratista:**	A CONSTRUIR	**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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)														X		X						X		X		X		X		X		
Malestar general														X		X						X		X		X		X		X		
Tos														X		X						X		X		X		X		X		
Dificultad respiratoria														X		X						X		X		X		X		X		
Dolor de garganta														X		X						X		X		X		X		X		
Vómito														X		X						X		X		X		X		X		
Fatiga														X		X						X		X		X		X		X		
Otros síntomas, describalos.														X		X						X		X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas														X		X						X		X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19														X		X						X		X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales														X		X						X		X		X		X		X		
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													X		X						X		X		X		X		X			

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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000600

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos: PERTUZ PAYARES CARLOS JULIO | **DOCUMENTO:** 1065567288 | **Empresa/Contratista:** A CONSTRUIR | **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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000601

	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	PUERTA SANTIAGO ERIC	DOCUMENTO:	85440567	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000672

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	QUIROZ CARBONO BAIRON DAVID	DOCUMENTO:	1065656995	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)							X		X		X		X		X						X		X		X																																								
Malestar general							X		X		X		X		X						X		X		X																																							
Tos							X		X		X		X		X						X		X		X																																						
Dificultad respiratoria							X		X		X		X		X						X		X		X																																						
Dolor de garganta							X		X		X		X		X						X		X		X																																						
Vómito							X		X		X		X		X						X		X		X																																						
Fatiga							X		X		X		X		X						X		X		X																																						
Otros síntomas, describalos.							X		X		X		X		X						X		X		X																																						
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								X		X		X		X		X						X		X		X																																																
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X																																															
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X																																														

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							X		X		X		X		X						X		X		X																																															

OBSERVACIONES:

0006 B3

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	RAMOS POLO LUIS	DOCUMENTO:	73269339	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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 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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Fecha de inicio de los síntomas:																																
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																																
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X			

SINTOMAS ACTUALES	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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fecha de inicio de los síntomas:																														
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																														
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000604

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	RIOS ANGARITA JOSE	DOCUMENTO:	1065840855	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X			

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)		X		X		X		X																						
Malestar general		X		X		X		X																						
Tos		X		X		X		X																						
Dificultad respiratoria		X		X		X		X																						
Dolor de garganta		X		X		X		X																						
Vómito		X		X		X		X																						
Fatiga		X		X		X		X																						
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X																						
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X																						
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X																						
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X																						
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	X		X		X		X																							

OBSERVACIONES:

000605

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	RUIZ EGUIS WILLIAM MANUEL	DOCUMENTO:	1235339138	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X																												

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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X																											

OBSERVACIONES:

000606

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	SANMARTIN BLANCO PEDRO	DOCUMENTO:	19935180	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fecha de inicio de los síntomas:																																																													
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																																																												
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000617

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	SANTANA POLO MARIO JOSE	DOCUMENTO:	4994137	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)									X		X		X		X						X		X		X		X																																					
Malestar general									X		X		X		X						X		X		X		X																																				
Tos									X		X		X		X						X		X		X		X																																			
Dificultad respiratoria									X		X		X		X						X		X		X		X																																			
Dolor de garganta									X		X		X		X						X		X		X		X																																			
Vómito									X		X		X		X						X		X		X		X																																			
Fatiga									X		X		X		X						X		X		X		X																																			
Otros síntomas, describalos.									X		X		X		X						X		X		X		X																																			
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									X		X		X		X						X		X		X		X		X																																					
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19									X		X		X		X						X		X		X		X		X																																				
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales									X		X		X		X						X		X		X		X		X																																			

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									X		X		X		X						X		X		X		X																																														

OBSERVACIONES:

000603

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	SARABIA NAVARRO MANUEL DEL CRISTO	DOCUMENTO:	72268040	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fecha de inicio de los síntomas:																																																																
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																																																																
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

0006

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	SCARPETTA SAMBONI CRISTIAN ANDRES	DOCUMENTO:	117531060	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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																																																														
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

NO ASISTIO Y FUE RETIRADO EL MISMO DIA- INGRESO NULO

000610

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	SILVA VILLA HAIDER	DOCUMENTO:	73232325	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X																																	

OBSERVACIONES:

000611

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	TORRES CASTAÑEDA MARVIN CAMILO	DOCUMENTO:	1003239217	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X			

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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000612

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	TORRES DAZA JANER ALBERTO	DOCUMENTO:	77024990	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	MAESTRO

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)		X		X	X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Malestar general		X	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Tos		X	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Dificultad respiratoria		X	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Dolor de garganta		X	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Vómito		X	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Fatiga		X	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Otros síntomas, describalos.		X	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Fecha de inicio de los síntomas:																																																																											
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																																																																																				
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X	X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X	X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			
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	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		X								X		X		X		X			

OBSERVACIONES:

000613

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	TORRES MARTINEZ YOENDER	DOCUMENTO:	1065670174	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X

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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000614

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	VALENZUELA MURILLO JOSE GREGORIO	DOCUMENTO:	72263912	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X

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								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X

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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000615

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	VARELA CANTILLO JULIO CESAR	DOCUMENTO:	15171206	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X

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
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
Se autoriza el ingreso							X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X				X		X				X				X	

OBSERVACIONES:

000616

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	VENERA ARAMENDIZ XAVIER	DOCUMENTO:	1065662461	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fecha de inicio de los síntomas:																																																																		
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																																																																				
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

OBSERVACIONES:

000617

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	ZURITA VILLAFAÑE YEISON ENRIQUE	DOCUMENTO:	85485631	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X			

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)		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Malestar general		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Tos		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Vómito		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Fatiga		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
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	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000613

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	ADRIAN JOSE YEPES PASO	DOCUMENTO:	1002323363	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR 2	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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, describalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fecha de inicio de los síntomas:																																																																
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																																																																
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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							X		X		X		X		X					X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

OBSERVACIONES:

000619

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	DILAN ANDRES PEREZ PEREZ	DOCUMENTO:	1007610001	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR 2	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)								X		X		X		X		X														X		
Malestar general								X		X		X		X		X														X		
Tos								X		X		X		X		X														X		
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X														X		
Dolor de garganta								X		X		X		X		X														X		
Vómito								X		X		X		X		X														X		
Fatiga								X		X		X		X		X														X		
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X														X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X												X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X												X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X												X		X		
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							X		X		X		X		X														X			

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)		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Malestar general		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Tos		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Vómito		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Fatiga		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
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	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES: ESTE TRABAJAR FUE ASILADO POR POSITIVI PARA COVID

000620

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	LUIS ANGEL HERNANDEZ ALARZA	DOCUMENTO:	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR 2	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X			

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)		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Malestar general		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Tos		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Vómito		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Fatiga		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
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	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000621

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	MANUEL GUTIERREZ	DOCUMENTO:	7618361	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR 2	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
Fiebre (>37.5°C)																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Malestar general																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Tos																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Vómito																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Fatiga																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, describalos.																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X

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
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
Se autoriza el ingreso																																				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000622

A CONSTRUIR S.A.	**CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19** **ENERO**	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	JHON JADER MARTINEZ	**DOCUMENTO:**	8,16553E+14	**Empresa/Contratista:**	A CONSTRUIR 2	**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)								X		X		X		X		X																																														
Malestar general								X		X		X		X		X																																														
Tos								X		X		X		X		X																																													
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X																																														
Dolor de garganta								X		X		X		X		X																																													
Vómito								X		X		X		X		X																																													
Fatiga								X		X		X		X		X																																													
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X																																													
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								X		X		X		X		X																																														
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X																																														
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X																																														

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							X		X		X		X		X																																														

OBSERVACIONES:

000623

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	HERNANDO GUILLERMO ACOSTA MEJIA	DOCUMENTO:	1065648386	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR 2	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
Fiebre (>37.5°C)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Fecha de inicio de los síntomas:																																																															
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS																																																															
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000624

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	MIGUEL ANGEL ACOSTA MEJIA	DOCUMENTO:	1065626880	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR 2	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Malestar general								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Tos								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dificultad respiratoria								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Dolor de garganta								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Vómito								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Fatiga								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X		
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							X		X		X		X		X						X		X		X		X		X			

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)		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Malestar general		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Tos		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Vómito		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Fatiga		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X
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	X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X	

OBSERVACIONES:

000625

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	KATHERINE MAYTE VILLAMIZAR BRICEÑO	DOCUMENTO:	8,15629E+14	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR 3	CARGO:	INGENIERA RESIDENTE

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)									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Malestar general									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Tos									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Dificultad respiratoria									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Dolor de garganta									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Vómito									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Fatiga									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Otros síntomas, descríbalos.									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
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									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	

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									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	

OBSERVACIONES:

000626

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	JORGE JOSÉ PEÑA LAMBRAÑO	DOCUMENTO:	92190747	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	MAESTRO DE 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
Fiebre (>37.5°C)																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			
Malestar general																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			
Tos																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			
Dificultad respiratoria																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			
Dolor de garganta																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			
Vómito																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			
Fatiga																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			
Otros síntomas, descríbalos.																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																					X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																					X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																					X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			

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
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
Se autoriza el ingreso																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X						X		X		X		X			

OBSERVACIONES:

000627

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19	CODIGO: FR-SGI-001
		Fecha: 20-04-2020
	ENERO	Version: 2

Nombres y Apellidos:	JOEL AUGUSTO FONSECA ROMERO	DOCUMENTO:	1065675277	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)																				X		X		X		X		X		X		X
Malestar general																				X		X		X		X		X		X		X
Tos																				X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria																				X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta																				X		X		X		X		X		X		X
Vómito																				X		X		X		X		X		X		X
Fatiga																				X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.																				X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																				X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																				X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																				X		X		X		X		X		X		X
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																			X		X		X		X		X		X		X	

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)		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Tos		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Vómito		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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	X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			

OBSERVACIONES:

000623

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	JEAN CARLOS CABANA PEREZ	DOCUMENTO:	1065568968	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)																				X		X		X		X		X		X
Malestar general																				X		X		X		X		X		X
Tos																				X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria																				X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta																				X		X		X		X		X		X
Vómito																				X		X		X		X		X		X
Fatiga																				X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.																				X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																				X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																				X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																				X		X		X		X		X		X
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																				X		X		X		X		X		X

SINTOMAS ACTUALES	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
Fiebre (>37.5°C)		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		

OBSERVACIONES:

00062[illegible]

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	JOEL DAVID PACHECO PEREZ	DOCUMENTO:	1065574758	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Malestar general										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Tos										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Dificultad respiratoria										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Dolor de garganta										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Vómito										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Fatiga										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Otros síntomas, describalos.										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
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										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	

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											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	

OBSERVACIONES:

00063

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 ENERO	CODIGO: FR-SGI-001 Fecha: 20-04-2020 Version: 2

Nombres y Apellidos:	JAYSON CORTES BATISTA	DOCUMENTO:	73204255	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Tos						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
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						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X

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)		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Tos		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Vómito		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		

OBSERVACIONES:

000631

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	ROBERT ANTONIO FONSECA LUBO	DOCUMENTO:	1116806349	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)																				X		X		X		X		X		X		X
Malestar general																				X		X		X		X		X		X		X
Tos																				X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria																				X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta																				X		X		X		X		X		X		X
Vómito																				X		X		X		X		X		X		X
Fatiga																				X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.																				X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																				X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																				X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																				X		X		X		X		X		X		X
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																				X		X		X		X		X		X		X

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)		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Tos		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Vómito		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		

OBSERVACIONES:

000632

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	DEINER ENRIQUE BARAHONA	DOCUMENTO:	1128200627	Empresa/Contratista:	EQUINORTE	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)																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Malestar general																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Tos																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dificultad respiratoria																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dolor de garganta																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Vómito																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Fatiga																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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																				X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		

OBSERVACIONES:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	ROBERT ANTONIO FONSECA LUBO	DOCUMENTO:	1082995425	Empresa/Contratista:	EQUINORTE	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
Fiebre (>37.5°C)	X		X		X		X			X	X			X																																																	
Malestar general	X		X			X	X			X	X			X																																															
Tos	X		X			X	X			X	X			X																																															
Dificultad respiratoria	X		X			X	X			X	X			X																																														
Dolor de garganta	X		X			X	X			X	X			X																																														
Vómito	X		X			X	X			X	X			X																																														
Fatiga	X		X			X	X			X	X			X																																														
Otros síntomas, descríbalos.	X		X			X	X			X	X			X																																														
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas	X		X			X	X			X	X			X																																																		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19	X		X			X	X			X	X			X																																																
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales	X		X			X	X			X	X			X																																																

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
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
Se autoriza el ingreso	X		X		X		X			X	X			X																																																			

OBSERVACIONES:

000634

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	MANUEL MARTINES	DOCUMENTO:	1116806349	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					
Malestar general	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					
Tos	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					
Dificultad respiratoria	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					
Dolor de garganta	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					
Vómito	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					
Fatiga	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					
Otros síntomas, describalos.	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					
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	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					

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	X		X			X	X			X	X			X				X		X	X		X		X		X		X		X			X		X			X		X								X		X		X					

OBSERVACIONES:

000635

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	LUIS AMAYA	DOCUMENTO:	1065616361	Empresa/Contratista:	CR 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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X
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	X		X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X	

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)		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Tos		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Vómito		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X		
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	X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			

OBSERVACIONES:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
ENERO

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

Nombres y Apellidos:	ASNER ROCHA	DOCUMENTO:	1003240638	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	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)																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Malestar general																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Tos																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Dificultad respiratoria																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Dolor de garganta																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Vómito																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Fatiga																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Otros síntomas, descríbalos.																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			
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																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			

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																			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								X		X		X		X			

OBSERVACIONES:

000637

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	JHONATAN RA IREZ RAMIREZ	DOCUMENTO:	10678199062	Empresa/Contratista:	CORDOBA	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

OBSERVACIONES:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	ALGEMIRO MONTESINO	DOCUMENTO:	1007206108	Empresa/Contratista:	CORDOBA	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

OBSERVACIONES:

000637

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	ALEXANDER AGARITA	DOCUMENTO:	100324285	Empresa/Contratista:	CORDOBA	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
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
Se autoriza el ingreso		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

SINTOMAS ACTUALES	11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
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
Se autoriza el ingreso		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

SINTOMAS ACTUALES	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
Fiebre (>37.5°C)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
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
Se autoriza el ingreso		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

OBSERVACIONES:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	WILIAN RICARDO BANQUEZ	DOCUMENTO:	1102823263	Empresa/Contratista:	CORDOBA	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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros sintomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fecha de inicio de los sintomas:																																																														

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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

OBSERVACIONES:

000641

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	HERIBERTO CABALLERO	DOCUMENTO:	77177566	Empresa/Contratista:	CORDOBA	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

OBSERVACIONES:

000642

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

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

Nombres y Apellidos:	EDUARDO TORRESGOSA	DOCUMENTO:	1062401867	Empresa/Contratista:	CORDOBA	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

OBSERVACIONES:

000643

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

ENERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	WILLIAN RICARDO	DOCUMENTO:	1102823269	Empresa/Contratista:	CORDOBA	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

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)		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
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		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

OBSERVACIONES:

000644


Anexos. 9 - INGRESO COVID
LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR
A CONSTRUIR S.A.
RESULTADOS PRUEBAS COVID 19

Order No.:	22196251	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:01:05
Paciente:	VERUSCA DAYANA MORALES ESTRADA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:12:00.
Identificación:	1143465288	**Edad/Sexo:**	23 / F
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3006885510
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.15 PM

Order No.:	22196287	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:44:54
Paciente:	RAFAEL ANTONIO BENAVIDES VEGA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:13:35.
Identificación:	1128110949	**Edad/Sexo:**	22 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A SUBSIDIADO	**Teléfono:**	3024185769
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.17 PM

Order No.:	22196299	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 12:02:11
Paciente:	KATHERINE MAYTE VILLAMIZAR BRICEÑO	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:36:19.
Identificación:	815629118071991	**Edad/Sexo:**	30 / F
Convenio:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**Teléfono:**	3042013101
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.17 PM

Order No.:	22196294	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:50:57
Paciente:	JOHAN CAMILO DUARTE OCHOA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:44:37.
Identificación:	1065817911	**Edad/Sexo:**	26 / M
Convenio:	ASOCIACION MUTUAL SEREMPRESA	**Teléfono:**	3122111613
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.25 PM

Order No.:	22196246	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 10:57:38
Paciente:	KEZIA MARGARITA MORALES ESTRADA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:11:50.
Identificación:	1143436176	**Edad/Sexo:**	29 / F
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	314635528
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.15 PM

Order No.:	22196251	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:01:05
Paciente:	VERUSCA DAYANA MORALES ESTRADA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:12:00.
Identificación:	1143465288	**Edad/Sexo:**	23 / F
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3006885510
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.15 PM

Order No.:	22196301	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 12:05:20
Paciente:	DILAN ANDRES PEREZ PEREZ	**Fecha Impresión:**	2022-01-13 08:26:15.
Identificación:	1007610001	**Edad/Sexo:**	22 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3216782494
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**POSITIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 5.24 PM

Order No.:	22196251	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:01:05
Paciente:	VERUSCA DAYANA MORALES ESTRADA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:12:00.
Identificación:	1143465288	**Edad/Sexo:**	23 / F
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3006885510
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.15 PM

Order No.:	22196366	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 14:04:01
Paciente:	JORGE LUIS ESCORCIA TORRES	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:59:31.
Identificación:	1065668544	**Edad/Sexo:**	45 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3028404305
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.39 PM

Order No.:	22196398	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 14:46:08
Paciente:	BAIRON DAVID QUIROZ CARBONO	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 16:09:58.
Identificación:	1065656995	**Edad/Sexo:**	28 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS	**Teléfono:**	3004777752
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.20 PM

Order No.:	22196369	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 14:09:15
Paciente:	YOENDER TORRES MARTINEZ	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:59:41.
Identificación:	1065670174	**Edad/Sexo:**	38 / M
Convenio:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**Teléfono:**	3137135398
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.40 PM

Order No.:	22196262	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:18:27
Paciente:	ANGEL GRABIEL AMAYA GONZALEZ	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:42:44.
Identificación:	1065675357	**Edad/Sexo:**	19 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3003830075
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.21 PM

Order No.:	22196275	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:34:47
Paciente:	DAVID FERNANDO LAMBIASE CORDOBA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:43:12.
Identificación:	1065647365	**Edad/Sexo:**	29 / M
Convenio:	COOSALUD EPS	**Teléfono:**	3014235276
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.24 PM

Order No.:	22196290	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:46:34
Paciente:	JHENSSON JAVIER OCHOA SANCHEZ	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:44:27.
Identificación:	1065808450	**Edad/Sexo:**	27 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS	**Teléfono:**	3002011414
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.24 PM

Order No.:	22196282	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:41:47
Paciente:	LUIS FERNANDO OROZCO GUERRA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:13:25.
Identificación:	1065808389	**Edad/Sexo:**	28 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS	**Teléfono:**	3217310457
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.17 PM

Order No.:	22196327	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 12:34:36
Paciente:	CARLOS ANDRES OCHOA SANCHEZ	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:54:36.
Identificación:	1065640899	**Edad/Sexo:**	29 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS	**Teléfono:**	3024523830
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.20 PM

Order No.:	22196337	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 12:40:44
Paciente:	EDGARDO RODOLFO ROMERO ESCOBAR	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:55:11.
Identificación:	1045684033	**Edad/Sexo:**	32 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3007057402
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.21 PM

Order No.:	22196334	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 12:39:03
Paciente:	LUIS AFRANIO AMAYA MOJICA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:54:58.
Identificación:	1065616361	**Edad/Sexo:**	31 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3045875180
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.21 PM

Order No.:	22196354	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 13:14:03
Paciente:	MIGUEL ANGEL BELEÑO BRACHE	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:59:21.
Identificación:	1043873671	**Edad/Sexo:**	34 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3016894629
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.39 PM

Order No.:	22196318	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 12:21:56
Paciente:	LUIS ANGEL HERNANDEZ ALARZA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:54:10.
Identificación:	1007182856	**Edad/Sexo:**	19 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3126524961
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.19 PM

Order No.:	22196400	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 14:49:54
Paciente:	CARLOS JULIO PERTUZ PAYARES	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 16:10:26.
Identificación:	1065567288	**Edad/Sexo:**	38 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS	**Teléfono:**	3106060774
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.20 PM

Order No.:	22196379	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 14:17:46
Paciente:	ANDY JUNIOR OÑATE RINCON	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 16:03:53.
Identificación:	1065600543	**Edad/Sexo:**	30 / M
Convenio:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**Teléfono:**	3012636248
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.40 PM

Order No.:	22196272	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:34:03
Paciente:	LUIS EDUARDO PADILLA MERCADO	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:13:03.
Identificación:	1001879849	**Edad/Sexo:**	26 / M
Convenio:	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3244599566
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.17 PM

Order No.:	22196331	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 12:37:11
Paciente:	ERIC ENRIQUE PUERTA SANTIAGO	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:54:48.
Identificación:	85440567	**Edad/Sexo:**	46 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3205495888
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA: HISOPADO NASOFARINGEO
RESULTADO: NEGATIVO

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.21 PM

Order No.:	22196269	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:28:24
Paciente:	ALISON MIGUEL HERNANDEZ RIOS	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:12:54.
Identificación:	1001884552	**Edad/Sexo:**	19 / M
Convenio:	ASOCIACION MUTUAL SEREMPRESA	**Teléfono:**	3016424790
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.17 PM

Order No.:	22196390	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 14:29:06
Paciente:	WALBERTO CUESTA PALOMINO	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 16:06:54.
Identificación:	85438286	**Edad/Sexo:**	49 / M
Convenio:	COOSALUD EPS	**Teléfono:**	3135844623
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.19 PM

Order No.:	22196375	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 14:14:08
Paciente:	NELSON EMIRO CASADIEGO RODRIGUEZ	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 16:03:03.
Identificación:	80105069	**Edad/Sexo:**	46 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3023618889
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.40 PM

Order No.:	22196263	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:21:19
Paciente:	GREYLER ELIECER GONZALEZ CAICEDO	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:42:52.
Identificación:	1003231053	**Edad/Sexo:**	19 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3012044104
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.22 PM

Order No.:	22196286	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:44:49
Paciente:	YEISON ENRIQUE ZURITA VILLAFAÑE	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:44:17.
Identificación:	85485631	**Edad/Sexo:**	43 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3017588323
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.24 PM

Order No.:	22196352	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 13:12:06
Paciente:	ABELINO PADILLA MUÑOZ	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:59:09.
Identificación:	72281838	**Edad/Sexo:**	39 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3045278459
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA: HISOPADO NASOFARINGEO
RESULTADO: NEGATIVO

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.39 PM

CRISTIAMGRAM
LABORATORIO CLÍNICO IPS E.A.S.

Nit. 900373544-1
¡ UN DIAGNÓSTICO CONFIABLE !

Order No.:	22196253	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:04:53
Paciente:	JOHN JAIRO OROZCO FRIAS	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:12:08.
Identificación:	72434624	**Edad/Sexo:**	40 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3007943242
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.15 PM

Order No.:	22196279	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:38:55
Paciente:	MANUEL DEL CRISTO SARABIA NAVARRO	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:43:54.
Identificación:	72268040	**Edad/Sexo:**	45 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3025309549
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.24 PM

Order No.:	22196284	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:42:18
Paciente:	ABIMAHEL DAVID GARCIA BOLIVAR	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:44:04.
Identificación:	77033484	**Edad/Sexo:**	50 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3243661573
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.24 PM

Order No.:	22196278	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:38:06
Paciente:	HAIDER SILVA VILLA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:13:16.
Identificación:	73232325	**Edad/Sexo:**	36 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3014437916
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.17 PM

Order No.:	22196399	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 14:47:54
Paciente:	JANER ALBERTO TORRES DAZA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 16:10:07.
Identificación:	77024990	**Edad/Sexo:**	54 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS	**Teléfono:**	3106060774
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.20 PM

Order No.:	22196311	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 12:15:12
Paciente:	FRANCISCO JAVIER LOZANO GUEVARA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:42:23.
Identificación:	18959088	**Edad/Sexo:**	37 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3144808033
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.18 PM

Order No.:	22196258	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 11:13:10
Paciente:	JORGE LUIS CABALLERO ROJANO	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:42:34.
Identificación:	72210593	**Edad/Sexo:**	47 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3154661773
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.18 PM

CRISTIAMGRAM
LABORATORIO CLÍNICO IPS S.A.S

Nit. 900373544-1
¡ UN DIAGNÓSTICO CONFIABLE !

Order No.:	22196243	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 10:53:28
Paciente:	EDGARD ALEXANDER MORALES ARRIETA	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:17:26.
Identificación:	72163267	**Edad/Sexo:**	53 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3016725778
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.15 PM

Order No.:	22196349	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 13:05:44
Paciente:	FLORENTINO LUIS HERRERA MERCADO	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:58:23.
Identificación:	72141543	**Edad/Sexo:**	54 / M
Convenio:	SALUD TOTAL EPS-S S.A CONTRIBUTIVO	**Teléfono:**	3107068932
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.21 PM

Order No.:	22196395	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 14:39:38
Paciente:	HERASMO FLORIAN BERRUECOS	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 16:08:51.
Identificación:	19690992	**Edad/Sexo:**	42 / M
Convenio:	CAJACOPI EPS	**Teléfono:**	3205857537
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA:	**HISOPADO NASOFARINGEO**
RESULTADO:	**NEGATIVO**

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.20 PM

Order No.:	22196304	**Fecha Ingreso:**	2022-01-10 12:08:02
Paciente:	ALENJANDRO ALBERTO LLACH CHARRIS	**Fecha Impresión:**	2022-01-12 15:36:28.
Identificación:	72160303	**Edad/Sexo:**	56 / M
Convenio:	COOSALUD EPS	**Teléfono:**	3205668280
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	SEDE COVID19

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

BIOLOGIA MOLECULAR

DETECCION DE COVID-19 POR PCR (2019-nCoV)
Método: Reacción en la cadena de la Polimerasa (PCR) Cualitativa en tiempo real

TIPO DE MUESTRA: HISOPADO NASOFARINGEO
RESULTADO: NEGATIVO

Técnica: Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR por transcriptasa inversa en real mediante la cual se amplifica un fragmento de 76 pb del gen E (para la sarbecovirus SARS) y uno de 100 pb de una region conservada de gen RdRP para SARS-CoV-2.Los amplificados son detectados utilizando la tecnologia de TIB con una sonda marcada con FAM530 en reacciones independientes y plataforma Cobas Z480-UDF

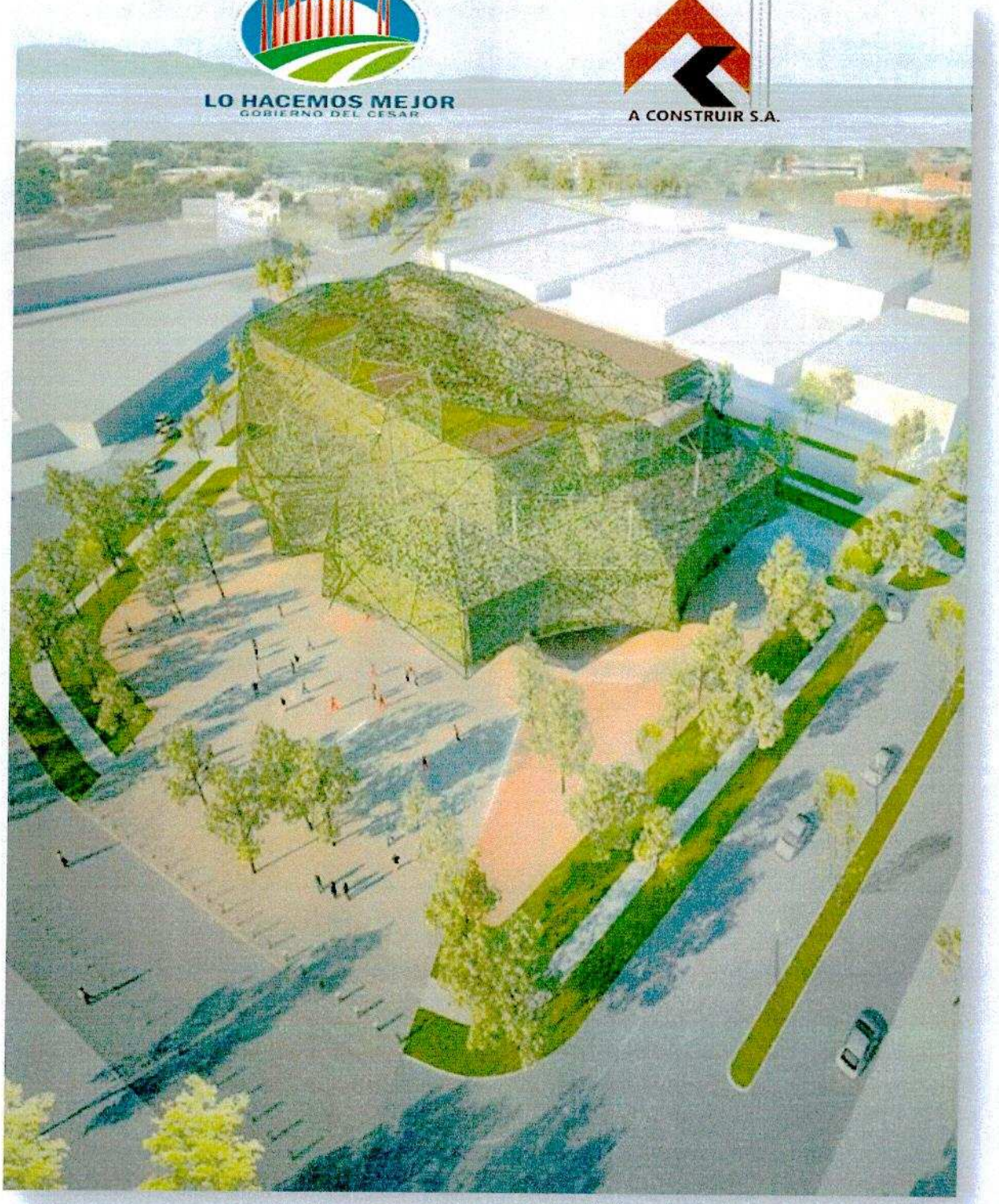
SENSIBILIDAD gen E: 5,2 copias/reacción
SENSIBILIDAD gen RdPR: 3,8 copias/reacción

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

POSITIVO: Se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra
NEGATIVO: No se detectó material genético de SARS-CoV-2 (RdPR) en la muestra

GLORIA AMPARO CUELLO
BACTERIOLOGA
RP: 0985
Validación 12/01/2022 2.18 PM

Anexos. 10- REGISTRO FOTOGRAFICO



A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	**CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR**
FECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE ENTREGA DE PROTECCION PERSONAL

FOTOGRAFIA







A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION EN OBRA

FOTOGRAFIA





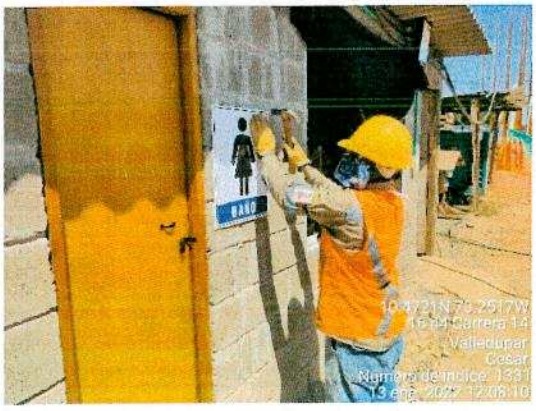




A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION EN OBRA

FOTOGRAFIA







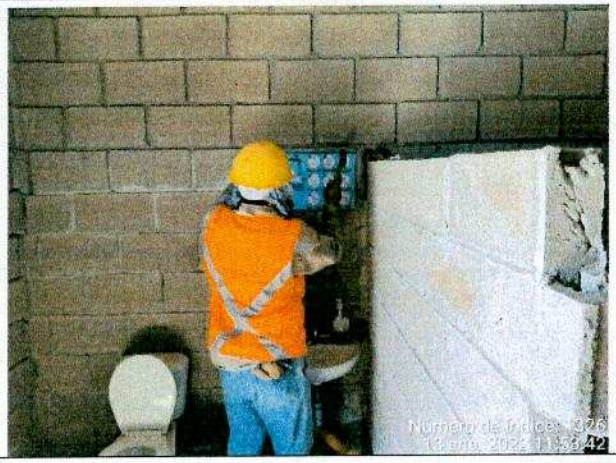
A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION EN OBRA

FOTOGRAFIA







A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION EN OBRA

FOTOGRAFIA









000694

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION EN OBRA

FOTOGRAFIA









000675

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO FOTOGRAFICO DE REALIZACIÓN DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD

FOTOGRAFIA









000696

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO FOTOGRAFICO DE REALIZACIÓN DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD

FOTOGRAFIA









000677

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO FOTOGRAFICO DE REALIZACIÓN DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD

FOTOGRAFIA









A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO FOTOGRAFICO DE REALIZACIÓN DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD

FOTOGRAFIA









000697

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	**CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR**
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO FOTOGRAFICO DE REALIZACIÓN DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD

FOTOGRAFIA









000700

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE ORDEN Y ASEO EN AREAS DE TRABAJO

FOTOGRAFIA









000701

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE ORDEN Y ASEO EN AREAS DE TRABAJO

FOTOGRAFIA









000702

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE ORDEN Y ASEO EN AREAS DE TRABAJO

FOTOGRAFIA









000703

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE ORDEN Y ASEO EN AREAS DE TRABAJO

FOTOGRAFIA

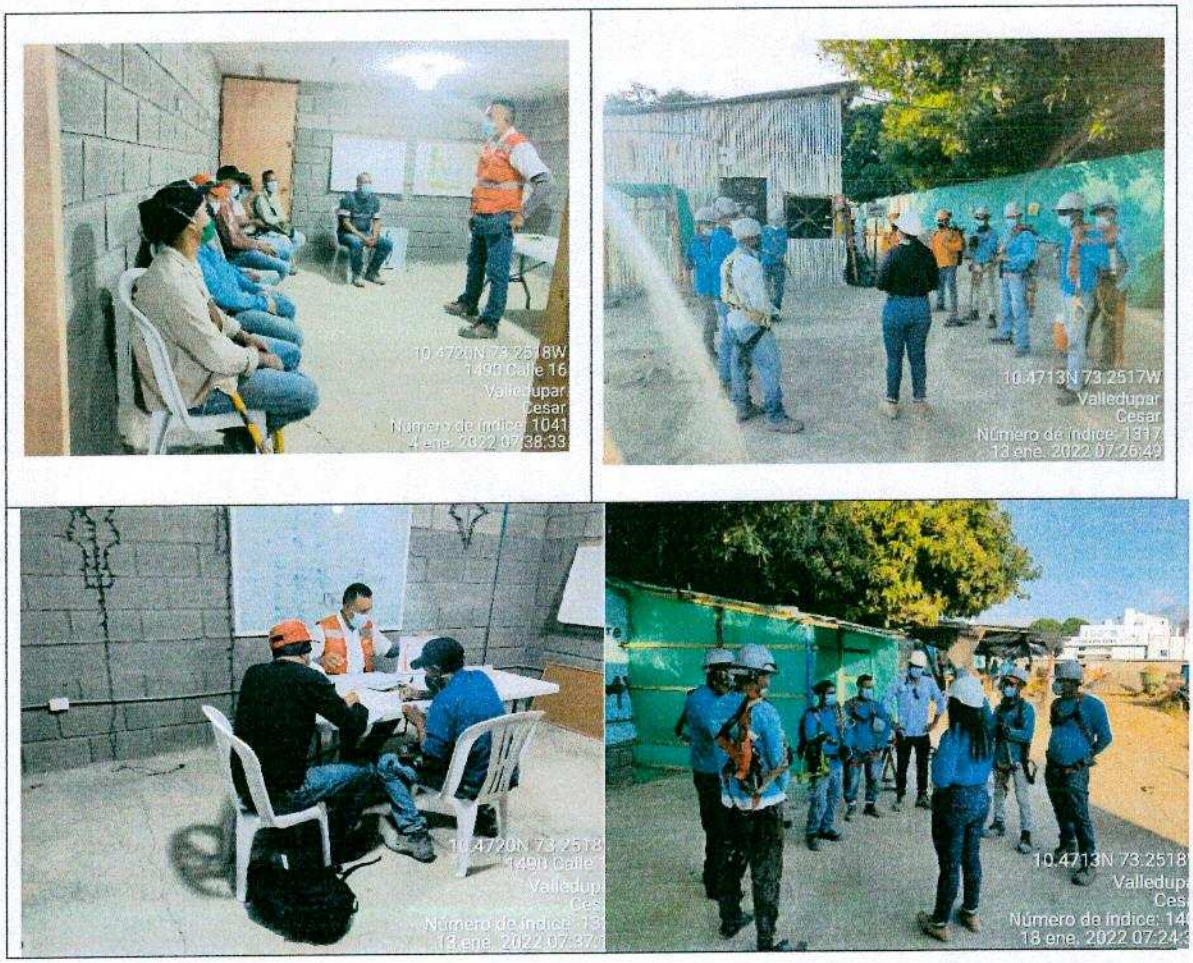
ANTES	
	
DESPUES	
	

000704

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE CHARLAS DIARIAS Y INDUCCION

FOTOGRAFIA



A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE CHARLAS DIARIAS Y INDUCCION

FOTOGRAFIA









0007 16

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

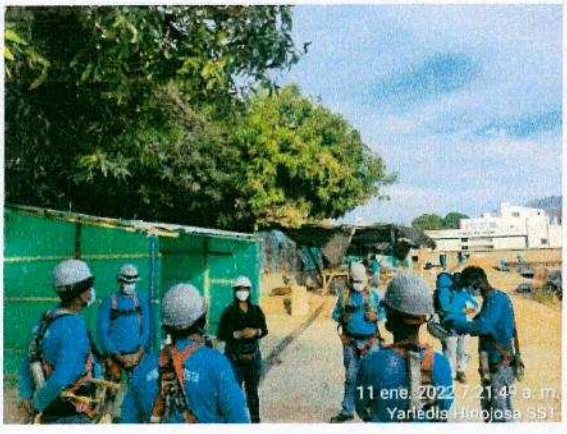
PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE CHARLAS DIARIAS Y INDUCCION

FOTOGRAFIA









000707

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE CHARLAS DIARIAS Y INDUCCION

FOTOGRAFIA









A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	JORNADA DE TOMA DE MUESTRA COVID 19 Y FUMIGACIÓN A LA OBRA

FOTOGRAFIA









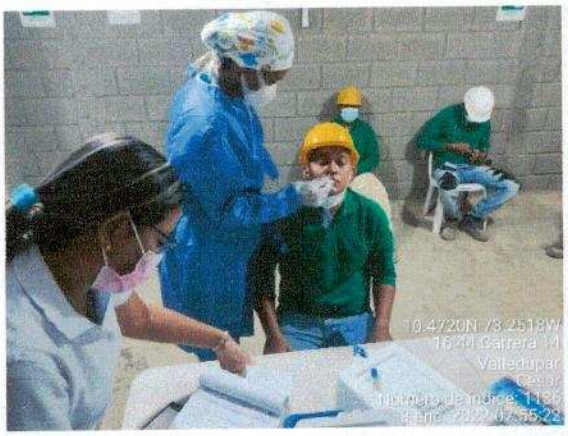
000709

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	**CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR**
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	JORNADA DE TOMA DE MUESTRA COVID 19 Y FUMIGACIÓN A LA OBRA

FOTOGRAFIA









000710

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	JORNADA DE TOMA DE MUESTRA COVID 19 Y FUMIGACIÓN A LA OBRA

FOTOGRAFIA









A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	JORNADA DE TOMA DE MUESTRA COVID 19 Y FUMIGACIÓN A LA OBRA

FOTOGRAFIA









000712

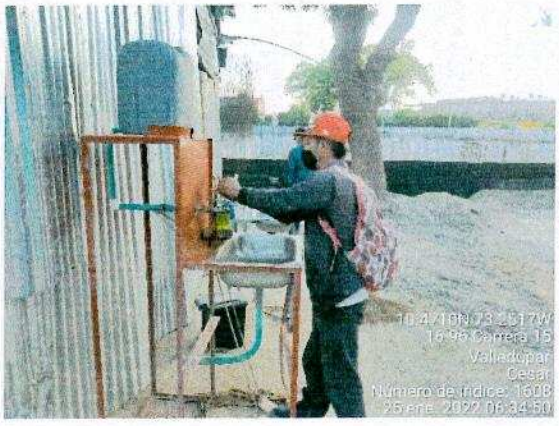
A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE CONTROL DE BIOSEGURIDAD

FOTOGRAFIA









000713

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE CONTROL DE BIOSEGURIDAD

FOTOGRAFIA









000714

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE CONTROL DE BIOSEGURIDAD

FOTOGRAFIA









000715

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE CONTROL DE BIOSEGURIDAD

FOTOGRAFIA









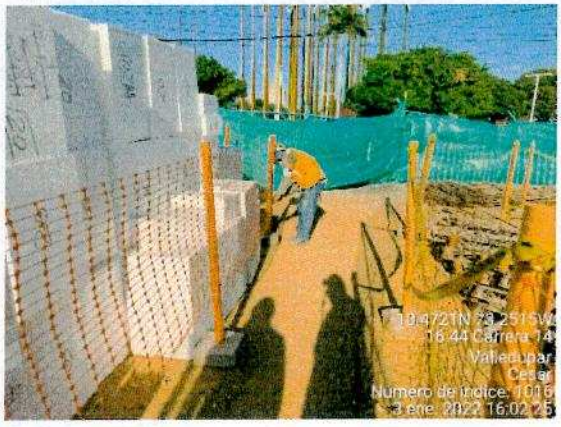
A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION VIAL Y SENDEROS PEATONALES

FOTOGRAFIA









000717

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION VIAL Y SENDEROS PEATONALES

FOTOGRAFIA









000718

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION VIAL Y SENDEROS PEATONALES

FOTOGRAFIA









A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION VIAL Y SENDEROS PEATONALES

FOTOGRAFIA









000729

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION VIAL Y GUIAS VIALES

FOTOGRAFIA







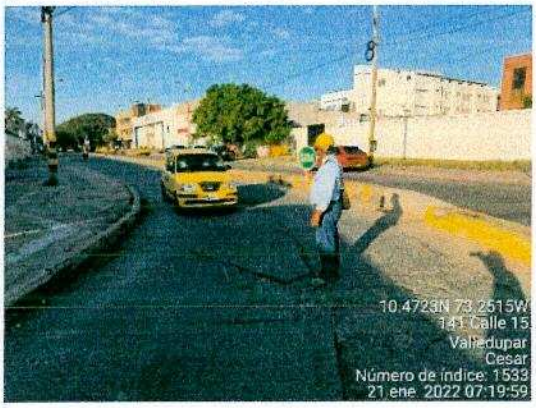


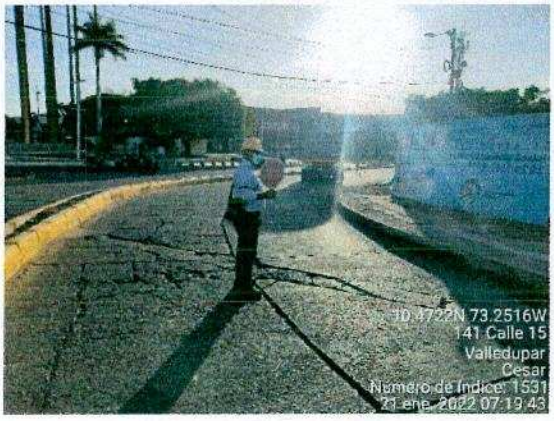
000721

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE SEÑALIZACION VIAL Y GUIAS VIALES

FOTOGRAFIA









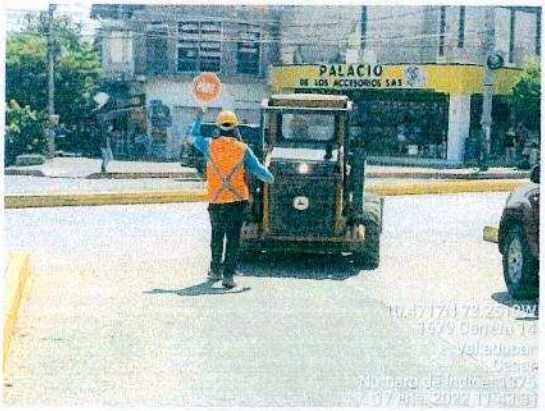
000722

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE BRIGADISTAS

FOTOGRAFIA









A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE BRIGADISTAS

FOTOGRAFIA









000724

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE REUNION DE COPASST

FOTOGRAFIA









000745

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE PAUSAS ACTIVAS

FOTOGRAFIA









000726

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE PAUSAS ACTIVAS

FOTOGRAFIA









000727

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	REGISTRO DE PAUSAS ACTIVAS

FOTOGRAFIA









000728

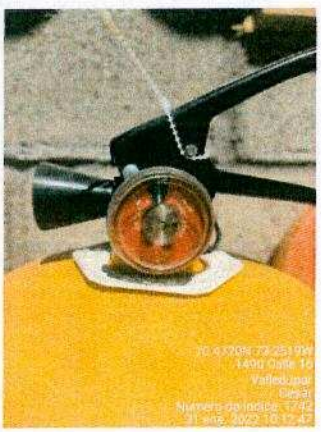
A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	INSPECCION DE EXTINTORES

FOTOGRAFIA











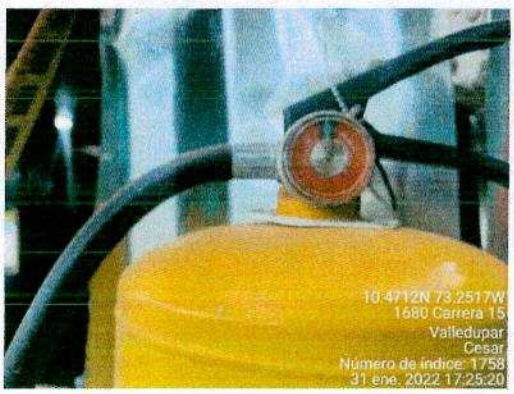
000729

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	INSPECCION DE EXTINTORES

FOTOGRAFIA







PROYECTO CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA

000735

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

	EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	INSPECCION DE BOTIQUIN

FOTOGRAFIA









PROYECTO CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE EVENTOS HISTÓRICO Y CULTURAL DE LA MÚSICA VALLENATA

000731

A CONSTRUIR S.A.	FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO	A CONSTRUIR S.A.

	EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DEPARTAMENTO DEL CESAR
PECHA	ENERO DE 2022
EVIDENCIA	INSPECCION DE EXTINTORES

FOTOGRAFIA







000732

Anexos. 11- ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DE RIESGO INDIVIDUAL



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: Lombiase Davia			N° IDENTIFICACION: 1065647365			
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	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 ( )

000734

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 ⊗		

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: Mamagy edier Johan			N° IDENTIFICACION: 1121338097		
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	176	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	74	

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 ( )

000735

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 ⊘

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: Garcia Mejaro Miguel			N° IDENTIFICACION: 1143397533		
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	193	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	96	

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 ( )

000738

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 ✓		

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: Martinez Arias Julio			N° IDENTIFICACION: 77173308		
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	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 ( )

000740

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 ◯

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: Orozco Frias Jhon J.			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 ( )	NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	90	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 ( )

00712

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 ✓

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: Hach charris Alejandro			N° IDENTIFICACION: 72160303		
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	88	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 ( )

000744

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 ⊘

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: Sarabia Navarro Manuel			N° IDENTIFICACION: 7268040		
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	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 ( )

000745

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 ◯		

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: Belen Miguel Angel			N° IDENTIFICACION: 1043873671		
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	68	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	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 ( )

000748

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 ⊘		

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: Orozco de Alba Bladrmir			N° IDENTIFICACION: 18784548		
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	74	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?

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 ( )

000751

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 ⊘		

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: Padilla luis Eduardo			N° IDENTIFICACION: 1001879849		
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 ( )

000752

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 ⊗		

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: Hernandez Alison			N° IDENTIFICACION: 1001884552		
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	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 ( )

000754

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 ⊗

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: Gonzalez willian			N° IDENTIFICACION: 1003244678		
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	98	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	1.80	

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 ( )

000756

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 ◯

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: Torres Martinez Yuendy			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 ( )	NO (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	77	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 ( )

000758

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 ⊗

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:	Donaldo Mercado Walter		N° IDENTIFICACION:	72328679	
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 ○

000769

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 ⊗		

000761

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: Santana Polo Mario			N° IDENTIFICACION: 4994137		
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		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 ( )

000762

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 ⊗

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:	De Aguas Jose David		N° IDENTIFICACION:	1003202645	
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	71	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	○	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 ⊘
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 ○

000764

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 ⊘

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: Martinez Bonsnel			N° IDENTIFICACION: 1046271807		
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 ( )
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) 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 ( )

000766

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 ⊘

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: Venera Arumendiz Xavier	N° IDENTIFICACION: 1065662461

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	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 ( )

000768

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 ⊘		

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: Martinez willian			N° IDENTIFICACION: 77 162 125		
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	79	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 ( )

000770

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 ⊗

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: Cali Albaret Rober Jairo			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 (X)
SEXO	Masculino	(X)	PESO (Kios) datos aproximado	74	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 ( )

000772

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 ⊘

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: Valenzuela Jose Gregorio			N° IDENTIFICACION: 7226312		
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	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 ( )

000774

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 ⊗		

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: Castañeda García Jose L			N° IDENTIFICACION: 77094846		
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 ○

000776

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 ✓

000777

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 ◯ NO ◯

NOMBRE: Guerra Meyer Juan			N° IDENTIFICACION: 1065618842		
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 ◯

000778

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 ⊘		

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: Eduyar Hernandez Solano			N° IDENTIFICACION: 1120 748508		
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	164	IMC Peso en kilos / (altura en metros)
	Femenino	( )	TALLA (mts) Datos aproximados	74	

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 ( )

000780

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 ✓		

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: Perez Martinez Luis			N° IDENTIFICACION: 1193565037		
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	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 ( )

000782

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 ⊗		

Alexander Roldan
Sup. SST ECMV
AConstruc

000783