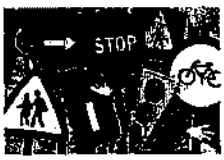
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caida de altura de personas	Caida de objetos	Rie. electrico
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Uso de EPP arnes y linaeak vida.	Uso de casco y señalizacion del area de trabajo	Suizar al proficional en la materia. (electrico)

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la Imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	A los elemento de proteccion personal de uso Obligatorio
	Señalizacion del area de trabajo Ruta de evacuacion



XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

0/10 6:05

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

A CONSTRUKS S.A.	**EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION** **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: WILBER PEREZ Cedula: 7221424 Cargo: OFICIAL

Fecha: 03 02 222 Inducción [x] Reinducción [ ]

EVALUACIÓN

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e inglera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X 2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X Todas las anteriores.

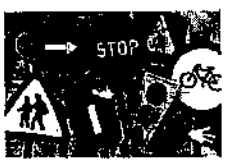
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. **Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.**
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
Caida de Altura	cortadura-tronzadora	caida de objeto
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Arnes	Guantes	Casco
Linea de vida	careta	señalisacion
Anclajes	Gafas	Mallas

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Casco epp botas careta Tapa oido Arnes
	Señalisacion

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000611

A construir

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Edier Noriega Cedula: 1121338097 Cargo: Ayudante de obra

Fecha: 03/02/2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000612

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
a. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
a. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
a. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
a. Todas las anteriores.

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. **Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.**
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caida de objetos	Caida de objetos	Caida de plataforma
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
tener limpio el piso de trabajo	ya el que de seguida en altura	asegurar bien los plataforma para no ocasionar un accid

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Publico de epepe Casco botas guantes mascarilla
	Señalizacion

	No Consumir bebidas Embriagantes

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000615

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

Aprobó

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: JAIRO Barcelo Cedula: 9569960 Cargo: Carintero

Fecha: 4-02-2022 Inducción [✓] Reinducción [ ]

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 96/100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000617

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X 2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

X b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X f. Todas las anteriores.

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
cansancio	golpes	caida de objetos
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
tomar receso	buen manejo de Herramienta	orden y aseo

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	USO DE EPP
	señalización

	Polígonos de no alcol y no drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

0620

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
X. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
X. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
X. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Jairo Barcelo
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000621

A CONSTRUIR S.A.	**EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION** **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Edilson montero Cedula: 1102852914 Cargo: Oficial

Fecha: 4-02/2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 94 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b.) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b.) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b.) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

0006

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caido	Cansancio	deshidratacion
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Cuidado	Reposo Preventivo	tomar agua
Precaucion		

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Uso de EPP
	Señalizacion

000604

	no alcohol no drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d.) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b.) Reportar al Jefe Inmediato – Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a.) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Edilson

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

A CONSTRUIR S.A.	**EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION** **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Braian Pantoja B Cedula: 1002058595 Cargo: oficial de Herreria

Fecha: 4/02/2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 94 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000617

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. **Ser Informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.**
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caida	Caida	Contratacion
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Tomar pausa descansar	Tener Precaución al caminar	Tomar agua

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Uso de EPP
	Señalización

	No alcohol. No droga

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
✓ Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
✓ Reportar al Jefe Inmediato – Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

✓ Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000631

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Resíduos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Brainer Rentoza
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000631

	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Carlos Andres Bayona Cedula: 1065643[illegible] Cargo: oficio varios

Fecha: 07-02-22 Inducción [X] Reinducción [ ]

PARAMETRIZACION 100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.

X Los 15 y 30 de cada mes.

c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.

b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.

c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.

X Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.

X Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de Incapacidad.

X Original del certificado de Incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.

X Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.

c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.

d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.

X. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.

c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000632

Comercial.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X 2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e Instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X f. Todas las anteriores.

000633

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
• Ruido o deslizamiento	• Corte cabello	• caida de objeto
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Señalización	usar los guantes.	tener el casco puesto.

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	USO E.P.P.
	Señalizacion bial.

	prohibido el consumo de droga y alcohol.

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. **Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.**

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Carlos Andres Betancourt
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000636

A CONSTRUIR S.A.	**EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION** **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Jose Angel Vergara. Cedula: 1.235.338.349 Cargo: Ayudante.

Fecha: 08-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

EVALUACIÓN

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

(a.) Los 30 y 31 de cada mes.

X b. Los 15 y 30 de cada mes.

c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.

b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.

c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.

X d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.

X b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.

X b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.

X b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.

c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.

d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.

X b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.

c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (30 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X Todas las anteriores.

00086

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. **Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.**
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caida.	Cortadura	Fractura.
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Usar los elementos anticaidas en buen estado.	Uso de EPP	Orden y aseo Precaución

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la Imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Uso de EPP
	Señalización

	politica de Alcohol y drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000643

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
X b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
X b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
X b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000641

A CONSTRUIR S.A.	**EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION** **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Arnol Rosero A Cedula: 1002129736 Cargo: Oficial

Fecha: 08-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. **Los 10 y 25 de cada mes.**

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000612

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser Informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser Informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
golpe	esguince	cortadura
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
uso epp	orden y aseo	uso epp

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la Imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	uso epp
	señalización

000614

	Positica de Alcol y droga

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000645

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Oriol Rotano A
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000646

A CONSTRAMIS S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Edinson Kammerer Cedula: 17974849 Cargo: Oficial

Fecha: 08 Febrero Inducción [X] Reinducción [ ]

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
X. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
X. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
X. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
X. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
X. Entrar al portal de nómina Helnsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
X. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000647

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. **Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.**
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
caida en altura	clave electro roto	caida de objetos
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Utilizar el arnes	equipos en mal estado preoperacional	utilizar el casco

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la Imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	E.P.P.
	señalización vial

000649

	prohibido el consumo de drogas y Alcool

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	V
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	V

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000650

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. **Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.**

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

001651

A CONSTRUIR S.A.	**EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION** **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: EDIER DAVID ARIZA P. Cedula: 1.092356571 Cargo: AYUDANTE

Fecha: 08-02-2022. Inducción ☒ Reinducción ☐

EVALUACIÓN

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

000673

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser Informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
CAIDAS	CORTES	FRACTURAS
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
ORDEN Y ASEO	USO DE EPP	PRECAUCION, ASEO

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la Imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	USO DE EPP
	SEÑALIZACION

	Políticas de alcol y Drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
●. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
●. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

●. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000655

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

EDIER PABA P.
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Luis Camilo Torres Veruce Cedula: 1003.875607 Cargo: Ayudante

Fecha: 09/02/2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

EVALUACIÓN

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
[X] Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
[X] Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
[X] Original del certificado de Incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
[X] Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
[X] Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

001657

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X Todas las anteriores.

000650

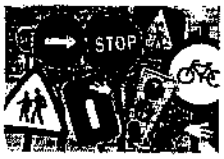
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. **Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.**
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Una caida	Machucon	atrapamiento
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Orden y aseo	Uso EPP, Buen uso Herramientas	Conocimientos Previos, Uso adecuado

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP
	Senalizacion

	Prohibido tenir bajos los efectos alucingenos a laborar.

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
X b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
X b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
X b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000661

	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Andres Jose Chara Lopez Cedula: 85.166702 Cargo: Ayudante

Fecha: 09/02/2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

CALIFICACIÓN /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000662

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

000663

X Todas las anteriores.

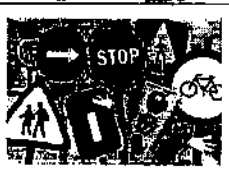
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
caida caida	machucan	atrapamiento
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Orden aseo	uso de EPP	conocimiento proceso Herramientas

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP
	Señalizacion

	No beber No fumar No automedicarse

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000686

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Deimer Polo Cedula: 1065661897 Cargo: Oficial Herrero

Fecha: 09/02/22 Inducción [X] Reinducción [ ]

CALIFICACIÓN: 100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
X Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
X Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
X Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
X Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
X Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
X Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000667

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X Todas las anteriores.

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser Informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
una caida	Machucon	atrapamiento
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
orden y aseo	uso de EPP	uso adecuado de las Herramientas

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP
	señalizacion

	* No Beber * No Fumar * No auto medicarse * Prohibido Trabajar bajo estos efectos.

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	✓
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
X Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Deiner polo.
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000671

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: CARLOS ANDRES Cedula: 1052080418 Cargo: AYUDANTE

Fecha: 07-02-2020 Inducción [X] Reinducción [ ]

CALIFICACIÓN: 100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
X. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
X. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
X. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
X. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
X. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
X. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

0006 2

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X Todas las anteriores.

00067

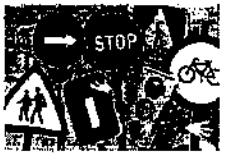
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser Informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
una caida	mecanico	atropamiento
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Orden y aseo	Uso epp	uso adecuado

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP
	

	# NO FUMAR # NO VAPEAR

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
X. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
X Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
X Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
X Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

CARLOS
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000676

	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Juan David medina Cedula: 1061711685 Cargo: ayudante

Fecha: 09-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

EVALUACIÓN

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. [X] Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. [X] Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. [X] Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. [X] Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. [X] Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. [X] Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000677

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X 2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X Todas las anteriores.

00067

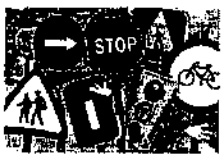
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
una caida	un machucon	atrapamiento
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
orden y aseo	uso EPP.	buen uso de Herramienta

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP
	señalización

	Proivido venir baso efectos de al cohol ect.

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
X. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X. Blanco, negro y verde
X. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

00068J

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
X. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
X. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
X. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000631

ACONSTRUM S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Ramiro martinez Cedula: 72.232766 Cargo: Oficial

Fecha: 10-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA: CALIFICACIÓN: /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes. X
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores. X

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación. X

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad. X

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Helnsohn con usuario y clave, descarga el archivo. X
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento. X
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000682

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad. X
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores. X

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
X 2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores. X

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores. X

000683

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores. X

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)



XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores. X

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	f
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	f

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde X
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales. X
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental X
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada. X
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000686

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Geison Cedula: 1743241494 Cargo: AYUDANTE

Fecha: 10-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA - CALIFICACIÓN 96 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
X. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
X. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
X. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
X. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
X. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
X. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000057

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X f. Todas las anteriores.

000688

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
CAIDA	GOLPE	DECIGRATACION
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Orden y Aseo x Precaucio	Uso de EPE	Tomar agua

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Uso de EPE
	Señalisacion

	Politica de Alcoholismo

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	FALSO
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	Verdadero
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	FALSO

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000690

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
X. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
X. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
X. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Geison David Polo
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000691

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Hans Sanmiguel Cedula: 1143129980 Cargo: Oficial.

Fecha: 12-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA CALIFICACIÓN: 100/100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000692

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

000693

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caida diferente de Nivel.	Golpes, laceraciones	Laceraciones,
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
uso adecuado de sistema anticaidas y Arnes.	uso adecuado de los EPP.	uso adecuado de los EPP.

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Uso de EPP
	Señalización

	Alcohol y drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

JJJ675

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Chrisjaro Mill Cedula: 8289104 Cargo: Oficial

Fecha: 04-02-22 Inducción ☑ Reinducción ☐

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 90 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.

x b. Los 15 y 30 de cada mes.

c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.

x b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.

c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.

d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.

x b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.

x b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.

x b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.

c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.

d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.

x b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.

c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000697

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X 2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

X b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X f. Todas las anteriores.

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
X e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
caida de objetos	de caidas	Consorcio
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Uso- Casco	ordenidcio	descansar
	Prohibido el consumo	tomar agua
	Inducción	Reposo

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP
	Señalización

	No Alcool y drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	V
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	V

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000700

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
X b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
X b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
X b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000701

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: JORGE ALFARO C. Cedula: 1094926016 Cargo: OF HSEQ

Fecha: 04-02-22 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 92 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000702

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

000702

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
● Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
caida	deshidratación	consancio
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
son preescrito	tomar agua	descanso

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	~~ser preventivo el empleo~~ uso de EPP
	señalización

	no alcohol no drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

SOLCOP ALCARO CABARCAS
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

9007[illegible]

A CONSTRUIR S.A.	**EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION** **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**	Cód: FR-GH-001 **FECHA:** 17 - NOV - 2020 **VERSION:** 003

Nombre y apellido: Jose A Jima S Cedula: 1048941161 Cargo: Ayudante Herrero

Fecha: 04-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 94 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000717

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X 2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

X b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X Todas las anteriores.

000713

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
Consacion	deshidratacion	caida
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
tomar un reseso	tomar agua	orden en aseo

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	uso de EPP
	señalizacion

	No Alcohol No Droga

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000710

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
X b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
X b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
X b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000711

A CONSTRUIS.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN -- REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Luis J Soto M. Cedula: 1101952719 Cargo: Herrero

Fecha: 04-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 96 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b.) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b.) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b.) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b.) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b.) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000712

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

000713

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caida de objeto	Cansancio	deshidratacion
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Precaucion	Reposos previos	tomar agua

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Uso de EPP
	Señalizacion

003714

	no drogas no alcohol

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	X
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
(b) Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000715

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000716

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Jhonatan Fernando Cedula: 1350078[illegible] Cargo: Herrero

Fecha: 06 02 2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 98 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes. ✓
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores. ✓

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación. ✓

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad. ✓

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores. ✓

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

✓ a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

[illegible]

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

000718

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
√ g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Con sonido	polvo	de cidratacion
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Tomar pausa activa	usar tapaboca	Tomar agua

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	USO EP
	señalizacion

	no alcol no droga

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.

b. Uso Del Cinturón De Seguridad.

c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.

X d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.

X b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.

c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X a. Blanco, negro y verde

b. Verde, azul y gris

c. Verde, negro, gris

00372

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
✓ b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
✓ b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
✓ b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000721

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Kevin Guerrero V Cedula: 1048933393 Cargo: Hevrero

Fecha: 04 02 2022 Inducción ☑ Reinducción ☐

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 94 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b.) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b.) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b.) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b.) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b.) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000722

Cor ercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a.) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c.) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2.) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

(b.) Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f.) Todas las anteriores.

000723

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Consumicio	deshidratación	golpes
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Reposo previo	Tomar agua	buen manejo de herramientas

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Usos de los EPP
	Señalización

000724

	No alcohol y no drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b.) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a.) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

00725

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b.) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b.) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b.) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Kevin Cevrero Vasl
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000726

A CONSTRUIR S.A.	**EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION** **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Juan carlos tapia Cedula: 1237.490.880 Cargo: Herrero

Fecha: 14 02. 2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

CALIFICACIÓN /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

009727

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c.) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c.) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f.) Todas las anteriores.

000728

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caidas	golpes	cortaderas
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Orden y aseo	aseo uso de	cortaduras

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	uso de PP
	Señalisacion

	Políticas de alcohol y drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000730

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Juan carlos
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

731

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: VICTOR MUÑOZ Cedula: 1003240309 Cargo: HERRERO

Fecha: 14 02 2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA CALIFICACIÓN: /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b.) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b.) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b.) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b.) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000732

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f) Todas las anteriores.

000733

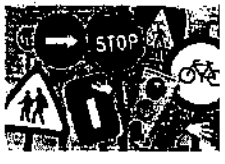
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
caidas	golpes	cortaduras
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
orden	ASEO USO de	cortaduras

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	USO de EPP
	señalisacion



Políticas del ALCOHOL

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000715

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b.) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

VICTOR
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000736

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: James H. Pacheco J. Cedula: 1062879321 Cargo: Auxiliar.

Fecha: 14 febrero 2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

EVALUACIÓN CALIFICACIÓN 100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b.) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b.) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b.) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b.) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b.) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000737

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f) Todas las anteriores.

000733

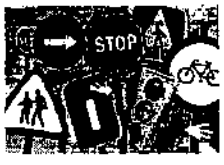
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser Informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g.) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caidas.	Golpe	Cortadura
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Orden y aseo	Uso de EPP.	Uso de EPP.

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Uso de EPP.
	Señalizacion

000739

	Politica de control y droga

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d.) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b.) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a.) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000743

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b.) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b.) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b.) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000741

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Elkin Rafael montero Cedula: 72294912 Cargo: Oficial de Herreria

Fecha: 19 de de Febrero Inducción [X] Reinducción [ ]

EVALUACIÓN

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000742

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2). Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f) Todas las anteriores.

003743

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser Informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g). Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
caída	Golpes	Cortadura
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Orden y aseo	Uso de EPP	Capacitación del EPP

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Uso de EPP
	Señalización Preventiva

	Política de alcohol y drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000745

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000746

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Kevin Hernández Cedula: 1065871078 Cargo: OF

Fecha: 14-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

PRIMERA CALIFICACIÓN

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
X. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
X. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
X. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
X. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
X. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
X. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000747

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

X a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X 2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X f. Todas las anteriores.

000748

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
caída	golpe	cortadura
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
orden y aseo	uso de epp	uso de epp

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	uso de epp
	señalizacion

	Politicas de alcohol y droga

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000753

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000751

	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Ruben D Tomas65. Cedula: 1127079154 Cargo: AYUDANTE

Fecha: 14 Feb Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA - CALIFICACIÓN 9 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b.) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b.) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b.) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b.) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b.) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000762

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a.) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c.) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c.) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f.) Todas las anteriores.

000753

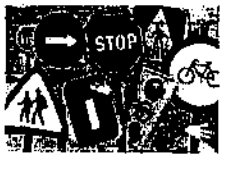
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
caida	Lecciones	Partiduras
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Buena limpieza	Arnes	Arnes
botas de seguridad	Gafas	Guantes
Cuidado al caminar	Guantes	casco

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Uso de P.P
	Señalizacion

	Alcool y droga

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d.) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b.) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a.) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000755

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

TOMASES Ruben D.
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000753

	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: JOSE SALAS Cedula: 1.143339772 Cargo: AUXILIAR

Fecha: 16/02/2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

PRIMERA CALIFICACION /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000757

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f.) Todas las anteriores.

000753

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser Informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
CAÍDA	CORTADURA	GOLPES
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
ORDEN – ASEO	PRECAUCIÓN	PRECAUCIÓN: EPP

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	USO EEPP
	SEÑALIZACIÓN

000759

	Política Alcohol - Drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.

b. Uso Del Cinturón De Seguridad.

c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.

(d) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.

(b.) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.

c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a.) Blanco, negro y verde

b. Verde, azul y gris

c. Verde, negro, gris

000763

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b.) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b.) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b.) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000761

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Johan pacheco Cedula: 1042118807 Cargo: AY

Fecha: 16-06-22 Inducción [X] Reinducción [ ]

CALIFICACIÓN: 100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b.) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b.) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b.) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b.) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b.) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000762

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a.) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c.) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e inglera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2.) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c.) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f.) Todas las anteriores.

000763

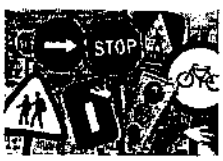
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g.) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
caida	golpe	contadura
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
precaución	uso EPP	uso EPP
orden y aseo		

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la Imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	uso de EPP
	Señalizacion

	politica de alcohol y drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d.) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	b
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	f

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b.) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a.) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000765

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000766

A CONSTRUIRS.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Jose David Bahoo F. Cedula: 1048327476 Cargo: Heroico

Fecha: 16-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA MARCHA CALIFICACIÓN: 100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b.) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000767

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a). Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2.) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c.) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f.) Todas las anteriores.

000765

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser Informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g.) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caidas	Cortes	Golpes
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
orden, aseo, verificar	Uso EPP	Uso EPP

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Uso de EPP
	Señalizacion

	Politicas de alchool y drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000779

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Jose Bazoco

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000771

A CONSTRUIR S.A.	A Construir Admon EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Jaime Jose Ternera Hoyo Cedula: 1.065568630 Cargo: Inspector SST.

Fecha: 17/02/2022. Inducción [X] Reinducción [ ]

EVALUACIÓN /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b.) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b.) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b.) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000772

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a.) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c.) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2.) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c.) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f.) Todas las anteriores.

000773

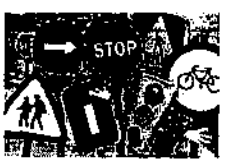
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. **Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.**
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g.) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
Trabajo alturas.	Atropellamiento por maquina	Caida a mismo y diferente nivel.
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Demarcacion y señalizacion	Señalizacion area de trabajo	*Demarcacion y senalizacion De Area de trabajo.
Uso de proteccion personal.	Uso de controladores vial.	*Diligenciamiento de permiso de trabajo.
Capacitaciones.	Capacitaciones en Seguridad vial.	*Uso de malla de Seguridad

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Entrega de Epp.
	Señalizacion vial.

000774

	Política de Alcohol y Drogas.

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b.) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a.) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000775

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b.) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b.) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

Jaime Jose Ternera Plazo.
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000776

	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Abel Vasquez V. Cedula: 1065805888 Cargo: Inspector SST

Fecha: 17/02/2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

EVALUACIÓN

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes. X
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores. X

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación. X

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad. X

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo. X
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento. X
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000777

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

000778

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
trabajo en altura	Temperaturas Extremas	Riesgo Vial accidentes
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Uso EPP contra caidas	Hidratacion uso de EPP.	Señalizacion

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Equipos de Protección Personal
	Señalización Vial

	Política de Alcohol y drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F.

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000780

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
X b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
X b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
X b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000781

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Victor Manuel Muñoz Cedula: 1030582813 Cargo: Aux Administrativo.

Fecha: 17 Feb/22 Inducción [X] Reinducción [ ]

CALIFICACIÓN: 100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
X. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
X. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
X. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
X. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
X. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
X. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000782

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

.* 000783

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caida Alturas.	Cortes con Herram.	Accidente con Maquinaria
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Utilizacion Arnes y EPP.	Utilizacion Guantes - EPP.	Señalizacion del Area de Trabajo

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP.
	Señalizacion Vial.

000784

	Politica Alcohol y Droga.

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
X. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
X. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000785

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000786

	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Daniel Herrera Cedula: 1065616612 Cargo: Oficial

Fecha: 14/2/2021 Inducción [X] Reinducción [ ]

CALIFICACIÓN: 100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

000737

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

000788

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Trabajo en Altura	Movimiento de He	temperatura extrema
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Arnes linea de vida	EPP	Hidratacion.

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Equipo de Proteccion Personal.
	Riesgo Vial

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000790

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

ACONSTRUIR S.A.	**EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION** **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO**	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: José Miguel solas Cedula: 1244140 Cargo: _____

Fecha: 19. 2. 2020 Inducción [X] Reinducción [ ]

PARA REALIZAR LA CALIFICACIÓN SE NECESITA 100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
X Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
X Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
X Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
X Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
X Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
X Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000792

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

X a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

X Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

X Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

X Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

X Todas las anteriores.

000793

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
X Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
caida x vacillos	en redorce con objeto	caida de sobre el
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
orden y Aseo	en sintar la zona	usar Gafas

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP
	Señalización Vial

	Proivido Consumo de Alcol y Drogas

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.

b. Uso Del Cinturón De Seguridad.

c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.

X. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	f
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	f

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.

X. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.

c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

X. Blanco, negro y verde

b. Verde, azul y gris

c. Verde, negro, gris

000795

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
X Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
X Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

José Sosa
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000796

02

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: IVAN Carlos Solis Cedula: 1065563288 Cargo: Ayudante de obra

Fecha: 21-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

CALIFICACIÓN: 100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b.) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b.) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b.) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000797

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

(c.) Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c.) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2.) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c.) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f.) Todas las anteriores.

000798

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
Cual Quier ostaculo	No Cruzar Cuando la Torre esta Trabajando	Cuando el cargador esta Trabajando
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Recogerlo o Cemalo sarlo	esperar que pare o cruzar Por otro lado	No Pasar ce Por donde el esta operando

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP.
	Politica Abiol

000799

	Politica de no consumo de Alcol y Dro SOS

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el dia Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a.) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000800

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

IVAN Salas
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000801

01

	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: EFRAIN CUSIB Cedula: 1264263 Cargo: AUXILIAR

Fecha: febrero 21 del 2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA – CALIFICACION: ___/100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.

b. Los 15 y 30 de cada mes.

c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.

b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.

c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.

d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.

b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.

b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.

b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.

c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.

d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.

b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.

c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000802

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

f. Todas las anteriores.

000803

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Cualquier Obstaculo	Recoger Papeles	Epp Seguro
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Evitarlo Tener En Labor	Con mucha Precaucion Que	Precaucion Zona de trabajo de Sen Peligro

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP
	Politica Vial

	Político de Alcohol

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	falso
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	Verdadero
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	falso

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000805

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
b. Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
b. Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
b. Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

02

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Oballo cupue Cedula: 77091676 Cargo: Ayudante

Fecha: Sales Sanjona Inducción [X] Reinducción [ ]
Fecha Febrero 2022

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN: /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(x) d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(x) b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(x) b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000007

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

f. Todas las anteriores.

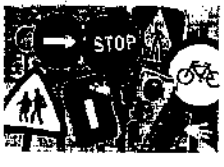
XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
Quedarse estacula	Sitio de Trabajo	Tener Precausion
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Recogerlo en una caja segura	señalar los ecco Para ebitar un evra	Pasar sin Abisar Por donde este Trabajando los Torre Grua

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	EPP
	Política bial



Politico de consumo de todo

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehiculo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	Falso
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	Verdad
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el dia Sábado sintió nuevamente el dolor	Falso

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b.) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

0011810

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000811

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Sabier Yepes Cedula: 15'170698 Cargo: oficial

Fecha: 26-02-2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 95 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b.) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000812

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c.) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2.) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c.) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f.) Todas las anteriores.

000813

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g.) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
Trabajo en altura	Manipulacion herramientas	Temperatura extrema
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
arnes	EPP	idratación
Linea de vida		
slinga		

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Equipo proteccion personal
	Riesgo vial

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	f
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	f

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a.) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000815

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

000816

A CONSTRUIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido: Jorge Luis Cordoba Cedula: 1065631459 Cargo: oficial

Fecha: 28 de febrero 2022 Inducción [X] Reinducción [ ]

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 95 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
(b) Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
(d.) Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
(b) Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
(b) Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
(b.) Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
(b.) Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

000817

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

(a) Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.

c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.

b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.

(c.) Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.

(2.) Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.

3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.

b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.

(c.) Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.

b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.

c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.

e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.

(f.) Todas las anteriores.

000818

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
(g.) Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	**RIESGO Nº 2**	**RIESGO Nº 3**
CAIDA	GOLPE	CORTADURAS
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
ORDEN Y ASEO	ORDEN Y ASEO	USO DE EPE

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	X
	

001819

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
(d.) Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehiculo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	f
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el dia Sábado sintió nuevamente el dolor	f

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
(b.) Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

(a.) Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

000820

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

JORGE LUIS CORDOBA SOTO
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

ngu821

A CONSTAURIR S.A.	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN – REINDUCCION SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	Cód: FR-GH-001 FECHA: 17 - NOV - 2020 VERSION: 003

Nombre y apellido FAPID ACUÑA Cedula: 85203426 Cargo: Ayudante

Fecha: 2-2022 Inducción ☑ Reinducción ☐

LA EMPRESA – CALIFICACIÓN 90 /100

I. La periodicidad y pago de nómina es (15 puntos)

a. Los 30 y 31 de cada mes.
b. Los 15 y 30 de cada mes.
c. Los 10 y 25 de cada mes.

II. El reporte de horas laborales es (15 puntos)

a. Un formato de obligatorio diligenciamiento por todo el personal operativo.
b. Un formato que especifica los días y horas de trabajo de cada funcionario en cada obra o proyecto.
c. Un formato que cada supervisor o jefe debe firmar en señal de cumplimiento del horario y tiempo laborado.
d. Todos los anteriores.

III. La solicitud de permiso se hace (15 puntos)

a. El mismo día para el que se solicita.
b. Con tres días de anticipación.

IV. Para una incapacidad, al reintegrarse a la empresa, en el área de Gestión de Humana se debe entregar: (15 puntos)

a. Copia del certificado de incapacidad.
b. Original del certificado de incapacidad.

V. Para tramites de certificados laborales en el área de Gestión Humana para su solicitud y entrega tienen días específicos o se manejan desde el portal de nómina, cuál de los siguientes es la respuesta correcta (20 puntos)

a. Solicitudes Lunes, Martes y miércoles se entregan los Viernes.
b. Entrar al portal de nómina Heinsohn con usuario y clave, descarga el archivo.
c. Solicitudes Viernes y Sábados se entregarán los Lunes.
d. Todas las anteriores.

VI. Cuáles de los siguientes procesos, hacen parte de los procesos de apoyo de la empresa (20 puntos)

a. Gestión HSE, Gestión Atención al Cliente, Gestión Administrativa y Gestión Humana.
b. Gestión Humana, Compras, SGI, Mantenimiento.
c. Gestión Administrativa y Gestión Humana, Gestión de desarrollo y Servicio, Gestión

001822

Comercial.

CALIDAD

VII. Las siglas SGI hace referencia a (50 puntos)

a. Seguridad, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
b. Seguridad Social, Salud en el Trabajo, Ambiente y Calidad.
c. Seguridad, Seguridad Social, Ambiente y Calidad.

VIII. Los compromisos de nuestra Política del sistema de gestión HSEQ son (50 puntos)

a. Satisfacción del Cliente, Cultura de Seguridad, Cumplimiento Legal.
b. Mejoramiento Continuo, Prevención de la Contaminación.
c. Todos los anteriores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IX. Cuál de los siguientes enunciados hacer referencia a la Política de No Alcohol, No Drogas y No Fumadores de la empresa: (5 puntos)

1. Que fume e ingiera alcohol y sustancias alucinógenas en los lugares de trabajo.
2. Está estrictamente prohibido, el uso, posesión, distribución y venta de alcohol, tabaco, drogas ilícitas en los lugares de trabajo.
3. Está permitido llegar en estado de embriaguez al sitio de trabajo.

X. Son objetivos del SG-SST (5 puntos)

a. Minimizar los accidentes de trabajo, fomentar el reporte de los incidentes y accidentes.
b. Medir el cumplimiento de la legislación vigente en el país en términos de Seguridad, Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad, Limitar el impacto medioambiental en las diferentes fases (planificación, ejecución, disposición) de los proyectos y/o servicios desarrollados.
c. Todos los anteriores.

XI. Alguna de las responsabilidades del trabajador en cuanto a Seguridad y Salud en el Trabajo es (10 puntos)

a. Procurar el cuidado integral de su salud.
b. Suministrar información clara, vera y completa sobre su estado de salud.
c. Cumplir las normas. Reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
d. Informar oportunamente a la empresa acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
e. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido por el plan de capacitación del SG- SST.
f. Todas las anteriores.

000623

XII. Algunos derechos de los trabajadores en cuanto al Sistema de Seguridad son (10 puntos)

a. Ser afiliado al Sistema General de Riesgos.
b. Protección de la seguridad y la salud del trabajador.
c. Ser informado de sus responsabilidades ante el SG- SST.
d. Participar en las formaciones, entrenamiento que imparta la empresa.
e. Hacer parte del COPASST y comité de convivencia laboral, Proveerle los elementos de protección personal para el desarrollo de sus funciones.
f. Ser informado de los riesgo y peligros que están expuestos durante la ejecución de su trabajo, Recibir formación y/o entrenamientos para la ejecución de su trabajo.
g. Todas las anteriores.

XIII. Mencione 3 riesgos a los que está expuesto en su labor y 3 medidas de control (15 puntos)

RIESGO Nº 1	RIESGO Nº 2	RIESGO Nº 3
Caida diferente Nivel	Riesgo de Altura	
MEDIDA DE CONTROL	**MEDIDA DE CONTROL**	**MEDIDA DE CONTROL**
Uso de EPP		

XIV. De las políticas de la empresa escriba frente a la imagen a cuál corresponde (15 puntos)

	Entrega de EPP
	Vic seguridad vial

	Politica Alcohol Y droga

XV. Cuáles de las siguientes medidas deben cumplir los colaboradores al momento de usar un vehículo de la empresa (15 puntos)

a. Regulación De Horas De Conducción Y Descanso.
b. Uso Del Cinturón De Seguridad.
c. No uso de equipos de comunicaciones móviles mientras se conduce.
d. Todas las anteriores.

XVI. De acuerdo a la definición de accidente de trabajo, lea las siguientes situaciones y escriba al frente VERDADERO si usted considera que es accidente de trabajo o FALSO si considera que no es accidente de trabajo (15 puntos)

SITUACIONES	F o V
El trabajador X, se desplaza en su moto hacia la oficina a las 6:30 am y choca con un vehículo causándole fractura en tibia y peroné, su horario de trabajo es a las 7:00 am	F
El trabajador Y ha terminado su jornada laboral, pero el jefe autoriza el terminar de hacer otro trabajo y durante la ejecución de este, el trabajador se lesiona la mano	V
La señora Z, labora como asistente administrativa, hace ya algún tiempo viene presentando un dolor lumbar en su espalda. Realizando sus actividades el día Sábado sintió nuevamente el dolor	F

XVII. Cuál es el procedimiento a seguir en caso de un accidente de trabajo (10 puntos)

a. Asistir al médico – Realizar un reporte – Irse para la casa.
b. Reportar al Jefe Inmediato - Director de Proyectos o Área HSEQ – Brindar Primeros Auxilios – Reportar a la ARL – Brindar Asistencia Médica.
c. Sacar una cita con el médico – Regresar a la empresa – Reportar al Jefe Inmediato.

AMBIENTAL

XVIII. ¿Cuál es el código de colores aplicado para clasificación de residuos sólidos en las obras? (5 puntos)

a. Blanco, negro y verde
b. Verde, azul y gris
c. Verde, negro, gris

XIX. ¿Cuáles de estos residuos corresponden a residuos aprovechables? (5 puntos)

a. Restos de comida y desechos agrícolas
(b) Plástico, cartón, vidrio, papel y metales.
c. Papel higiénico, servilletas, papeles y cartones contaminados con comida y papeles metalizados.

XX. ¿Quién otorga autorizaciones o permisos para intervenir las especies arbóreas en las obras? (5 puntos)

a. Director de obra
(b.) Autoridad Ambiental
c. Residente Ambiental

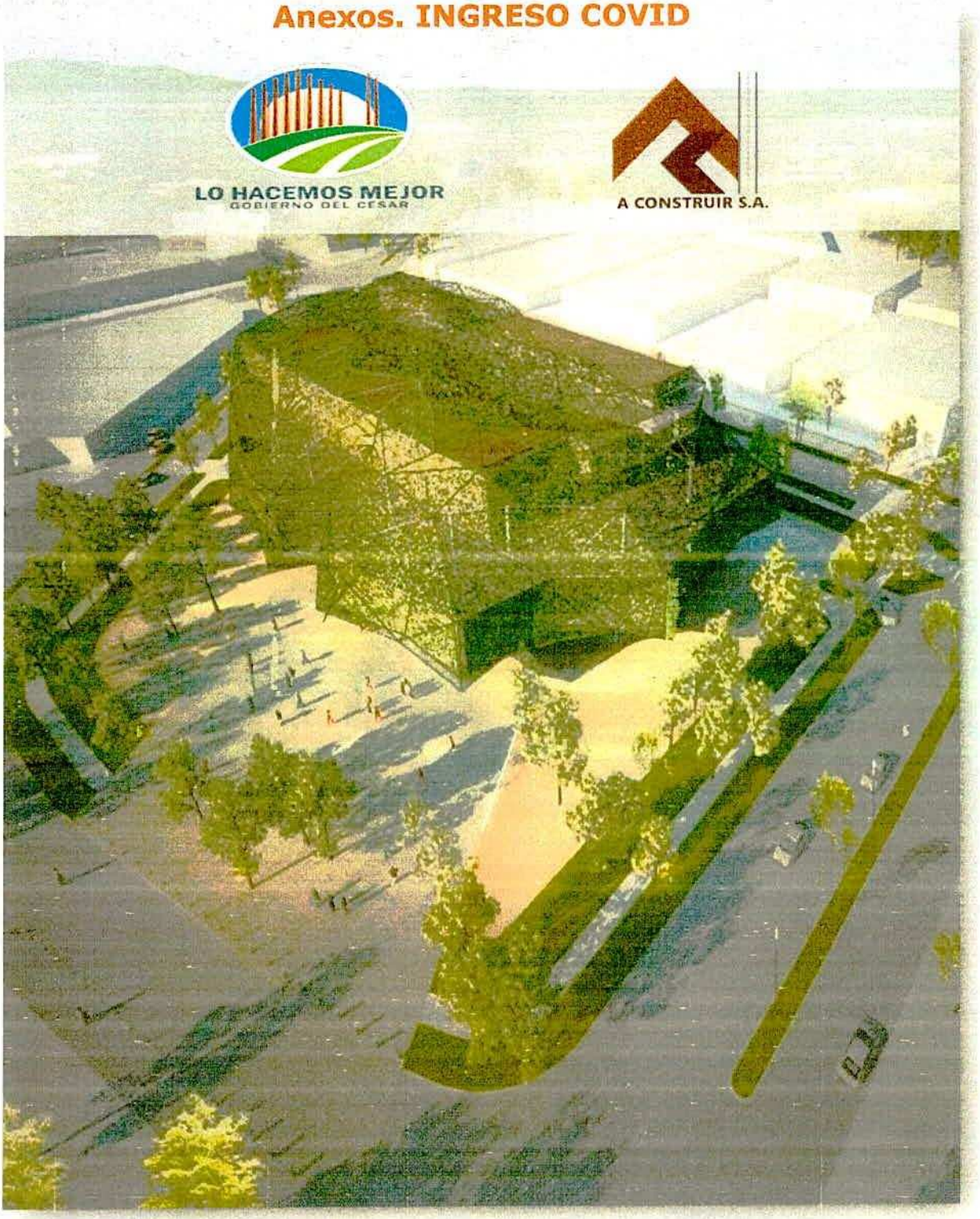
XXI. ¿Qué manejo se le debe dar a los Residuos peligrosos? (5 puntos)

a. Incinerarlos
(b.) Disposición final con empresa autorizada.
c. Almacenarlos en la obra.

FARID ACUÑA
FIRMA EMPLEADO

FIRMA CALIFICADOR

Anexos. INGRESO COVID



CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	YANCARLOS SALGADO	DOCUMENTO:	1045725437	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:

00089

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

Nombres y Apellidos:	LEIDER BANQUE	DOCUMENTO:	1065657220	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 ($>37.5^{\circ}C$)		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 ($>37.5^{\circ}C$)		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

FEBRERO

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		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
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
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
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
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
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
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
Otros sintomas, 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		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		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:

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

000831

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:

A CONSTRUIR S.A.	p **FEBRERO**	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		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	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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	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			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	
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	

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			X	X			X	X			X	X			X	X	

OBSERVACIONES:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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
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
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
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
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
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
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
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
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		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		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
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

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		X		X		X		X		X		X		X

OBSERVACIONES:

0000833

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 FEBRERO	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		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
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
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
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
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
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
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		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		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
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

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:

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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		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
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
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
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
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
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
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
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		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		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:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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		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:

000836

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 FEBRERO	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		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:

000637

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	MANUEL MARTINES	DOCUMENTO:	1116806349	Empresa/Contratista:	PEDRO MARTINEZ	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	EDGARDO ROMERO	DOCUMENTO:	1045684033	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		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.		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																																																						
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		X																																																						

OBSERVACIONES:

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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		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:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	PEDRO ANGEL MAESTRE VEGA	DOCUMENTO:	1065827510	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			
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, describalos.												X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X			
Fecha de inicio de los síntomas:												X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X			

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			
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	SI NO	SI NO	SI NO	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:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	CARLOS EMILIO TORRES DE AGUAS	DOCUMENTO:	1067592666	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			
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	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	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	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	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			

OBSERVACIONES:

2 AUG 2020

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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
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

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

3480003

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	WILSON LOANIS DEAVILA TORRES	DOCUMENTO:	1003230672	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						
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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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							

OBSERVACIONES:

000174

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

018815

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	RUYERIS BRITO BRITO	DOCUMENTO:	1193242676	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:

6180(?)

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	JAIR ANDRES TROYA ZAMBRANO	DOCUMENTO:	1065846590	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, 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														
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)																																																																																
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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X														

OBSERVACIONES:

1088047

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	LUIS EDUARDO AVELLANEDA FONTALVO	DOCUMENTO:	1065851625	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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	

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						
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							

OBSERVACIONES:

0100083

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	LUIS FERNANDO OROZCO GUERRA	DOCUMENTO:	1065808389	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		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 sintomas, 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	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	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	

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						
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 sintomas, 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
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
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							

OBSERVACIONES:

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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		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
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	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	

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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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
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				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				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				X								

OBSERVACIONES:

T680051

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	ROSMEL DAVID GUILLEN CONTRERA	DOCUMENTO:	1065837168	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR 3	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				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
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
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:

2980062

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

CODIGO: FR-SGI-001
Fecha: 22 04-2020
Version: 2

Nombres y Apellidos:	IVAN RONDON PEREZ	DOCUMENTO:	84039386	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR 3	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, 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

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	ENDER JOSE BRITO BRITO	DOCUMENTO:	1121302852	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR 3	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, 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	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:

A CONSTRUIR S.A.	p FEBRERO	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		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		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																			

OBSERVACIONES:

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	JOSE MANUEL ROMERO ALVAREZ	DOCUMENTO:	1120739605	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																			
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
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)

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

OBSERVACIONES:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

CODIGO: [illegible]-SGI-001
Fecha: 20-04-2020
Version: 2

Nombres y Apellidos:	IVAN CARLOS SALAS SANTANA	DOCUMENTO:	1065563288	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		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	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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

000857

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

Nombres y Apellidos:	EDUARDO ANGEL OLIVEROS SOLANO	DOCUMENTO:	1065649934	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas																																								
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
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
Se autoriza el ingreso																																								

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						
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas		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
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							

OBSERVACIONES:

00853

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	SALAS UBALDO	DOCUMENTO:	77091680	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									
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																																																																													
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)																																																																											
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									

OBSERVACIONES:

77091680

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	SALAS SANTANA JOSE	DOCUMENTO:	12441410	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		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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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				X							

OBSERVACIONES:

0980

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	ELIGIO JOSE POLO RAMIREZ	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
Fiebre (>37.5°C)																															X		X		X				X		X		X		X		X				X							
Malestar general																															X		X		X				X		X		X		X		X				X							
Tos																															X		X		X				X		X		X		X		X				X							
Dificultad respiratoria																															X		X		X				X		X		X		X		X				X							
Dolor de garganta																															X		X		X				X		X		X		X		X				X							
Vómito																															X		X		X				X		X		X		X		X				X							
Fatiga																															X		X		X				X		X		X		X		X				X							
Otros síntomas, describalos.																															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							
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
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							

OBSERVACIONES:

1653691

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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)																																																																
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

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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													

OBSERVACIONES:

7618361

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	LUIS ANGEL HERNANDEZ ALARZA	DOCUMENTO:	1007182856	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)																																																																			
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, 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												
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)																																																																			
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:

1007182856

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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		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)																																																																			
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															
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

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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
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: ESTE TRABAJAR FUE ASILADO POR POSITIVI PARA COVID

1003864

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)																																																																								
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		X		X				X										

OBSERVACIONES:

C98000

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	ROJANO GREISON JUNIOR	DOCUMENTO:	1129530481	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						
Malestar general																																			X		X				X		X		X		X		X		X				X						
Tos																																			X		X				X		X		X		X		X		X				X						
Dificultad respiratoria																																			X		X				X		X		X		X		X		X				X						
Dolor de garganta																																			X		X				X		X		X		X		X		X				X						
Vómito																																			X		X				X		X		X		X		X		X				X						
Fatiga																																			X		X				X		X		X		X		X		X				X						
Otros síntomas, descríbalos.																																			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	

OBSERVACIONES:

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	CORDOBA SOTO JORGE LUIS	DOCUMENTO:	1065631459	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)																																																																								
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:																																																							X																					

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:

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	NARVAEZ VETEL DEIDER	DOCUMENTO:	1066093583	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
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, 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
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
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

OBSERVACIONES:

8930000

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	CUJIA ROMERO EFRAIN	DOCUMENTO:	12642635	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)																																																																								
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:																																									X		X		X		X		X		X				X																					

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																																									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
Sa autoriza el ingreso																																										X		X		X		X		V						X																					

OBSERVACIONES:

6980670

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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		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						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, 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

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

0018170

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	VERGARA CORZO JOSE ANGEL	DOCUMENTO:	1235338349	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		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
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, 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
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		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
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

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:

1790571

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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																																																											
Malestar general																																																														
Tos																																																													
Dificultad respiratoria																																																													
Dolor de garganta																																																													
Vómito																																																													
Fatiga																																																													
Otros síntomas, describalos.																																																												
Fecha de inicio de los síntomas:																																																											

CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		X		X																																																													
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
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																																																													

OBSERVACIONES:

CC 1517...72

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	TORRES VENCE LUIS CAMILO	DOCUMENTO:	1003375807	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
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	SI	NO	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	SI	NO	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
Se autoriza el ingreso																			X		X		X				X		X		X		X		X		X				X				X		X		X											

OBSERVACIONES:

73

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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	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	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	

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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

000874

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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
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
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
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																			

OBSERVACIONES:

0078675

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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		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				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
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
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:

9780000

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	TOMASES SANCHEZ RUBEN DANIEL	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	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, describalos.														X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X			
Fecha de inicio de los síntomas:														X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X			

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			
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	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	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	

OBSERVACIONES:

778000

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	TAPIA OSORIO JUAN CARLOS	DOCUMENTO:	1237440880	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				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:								X		X		X		X		X						X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X		X		X		X		X				X

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				X			

OBSERVACIONES:

87808

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	SARMIENTO RIVERA FREDYS	DOCUMENTO:	73506761	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																					
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	SI	NO	SI	NO	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	SI	NO	SI	NO	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																					

OBSERVACIONES:

678000

A CONSTRUIR S.A.	**CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19** **FEBRERO**	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	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)		X		X																																																										
Malestar general		X		X																																																										
Tos		X		X																																																										
Dificultad respiratoria		X		X																																																										
Dolor de garganta		X		X																																																										
Vómito		X		X																																																										
Fatiga		X		X																																																										
Otros síntomas, descríbalos.		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																																																										
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X																																																										
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		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																																																											

OBSERVACIONES:

000880

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	SANMIGUEL BARROZO HANS KEIVER	DOCUMENTO:	1143129980	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						
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 sintomas, describalos.																								X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X						
Fecha de inicio de los sintomas:																																																														

CONTACTOS EN LOS ULTIMOS 14 DÍAS

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas																								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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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							

OBSERVACIONES:

000881

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

CODIGO: FR-SGI-C01
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								
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								

OBSERVACIONES:

28000

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	SANDOVAL ESTRADA FAISAR LEONARDO	DOCUMENTO:	7572131	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

0008883

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	SANABRIA PALENCIA ALBER	DOCUMENTO:	72294692	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					
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, describalos.								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					
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)

	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	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				

OBSERVACIONES:

NO ASISTIO Y FUE RETIRADO EL MISMO DIA- INGRESO NULO

1088004

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	SALAS CABRERA JOSE DEL CARMEN	DOCUMENTO:	1143337722	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

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

Nombres y Apellidos:	ROJANO ARAUJO ARNOL ENRIQUE	DOCUMENTO:	1002129736	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																																																										
Malestar general		X		X																																																										
Tos		X		X																																																										
Dificultad respiratoria		X		X																																																										
Dolor de garganta		X		X																																																										
Vómito		X		X																																																										
Fatiga		X		X																																																										
Otros síntomas, descríbalos.		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																																																										
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X																																																										
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		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																																																											

OBSERVACIONES:

NO ASISTIO Y FUE RETIRADO EL MISMO DIA- INGRESO NULO

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

Nombres y Apellidos:	RIVERO JARABA JOSE ANTONIO	DOCUMENTO:	18876528	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			
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				
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	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:

000887

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

Nombres y Apellidos:	RIVERA BARRIOS ALEXANDER	DOCUMENTO:	1047214300	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
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		
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		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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

0000888

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

OBSERVACIONES:

0003087

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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 sintomas, 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						
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 sintomas		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						
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						
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 sintomas 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:

000897

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	POLO RODRIGUEZ GEISON DAVID	DOCUMENTO:	1143241494	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
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

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						
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

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																						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

	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas		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)

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES:

000891

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	POLO RODRIGUEZ DEIMER ANTONIO	DOCUMENTO:	1065661897	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									
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, describalos.																					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									
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	SI	NO	SI	NO	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									

OBSERVACIONES:

000892

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

OBSERVACIONES:

000093

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	PEREZ FONTALVO WILBER	DOCUMENTO:	72214246	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				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

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

000894

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	PANTOJA BLANCO BRAYNER JOSE	DOCUMENTO:	1002058575	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																																																				
Malestar general									X				X		X																																																			
Tos									X				X		X																																																		
Dificultad respiratoria									X				X		X																																																	
Dolor de garganta									X				X		X																																																	
Vómito									X				X		X																																																		
Fatiga									X				X		X																																																	
Otros síntomas, describalos.									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																																																						
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19									X				X		X																																																				
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales									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																																																						

OBSERVACIONES:

000895

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

960000

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

OBSERVACIONES:

000397

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

Nombres y Apellidos:	PACHECO FONSECA JOHAN DAVID	DOCUMENTO:	1043118807	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	OFICIAL

Marque SI o NO de acuerdo al caso, [illegible]mos 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, 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	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		

OBSERVACIONES:

000893

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	PACHECO JARAMILLO JAMES HERNEY	DOCUMENTO:	1062879721	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	
	SI	NO	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
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
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
Se autoriza el ingreso																										

SINTOMAS ACTUALES	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
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	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	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
Se autoriza el ingreso			X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X							

OBSERVACIONES:

000899

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

Nombres y Apellidos:	PABA PERTUZ EDIER DAVID	DOCUMENTO:	1092356591	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		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			

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						
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
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:

004560

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)		X		X																																																										
Malestar general		X		X																																																										
Tos		X		X																																																										
Dificultad respiratoria		X		X																																																										
Dolor de garganta		X		X																																																										
Vómito		X		X																																																										
Fatiga		X		X																																																										
Otros síntomas, descríbalos.		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																																																										
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X																																																										
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		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																																																											

OBSERVACIONES:

000901

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

OBSERVACIONES:

000902

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

Nombres y Apellidos:	OLIVERA FRANCO CARLOS ANDRES	DOCUMENTO:	1052080418	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			
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																															
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)																															
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			

OBSERVACIONES:

006903

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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:

000904

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	MUÑOZ RAMIREZ VICTOR ALFONSO	DOCUMENTO:	1003240509	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
Malestar general																														X		X
Tos																														X		X
Dificultad respiratoria																														X		X
Dolor de garganta																														X		X
Vómito																														X		X
Fatiga																														X		X
Otros síntomas, descríbalos.																														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
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																														X		X
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																														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	

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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

000695

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

000906

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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	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	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	

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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

0000907

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

CODIGO. [illegible]-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												
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	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	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:

00003

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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										
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										
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										

OBSERVACIONES:

606000

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	MONTERROSA ACOSTA ELKIS RAFAEL	DOCUMENTO:	72294917	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVO 1	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
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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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
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)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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	

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						
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							

OBSERVACIONES:

000910

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

OBSERVACIONES:

000911

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	MARTINEZ OROZCO ARMIN ALFONSO	DOCUMENTO:	72232766	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																								
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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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																								
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)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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																									

SINTOMAS ACTUALES	17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)																														
Malestar general																														
Tos																														
Dificultad respiratoria																														
Dolor de garganta																														
Vómito																														
Fatiga																														
Otros síntomas, descríbalos.																														
Fecha de inicio de los síntomas:																														
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

000912

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	MARRIAGA LOPEZ EDIER JOHAN	DOCUMENTO:	1[illegible]338097	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										
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

	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	NU
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)

	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:

000913

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 FEBRERO	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
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 sintomas, 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
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 sintomas								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 sintomas 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:

000914

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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
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
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
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:

000915

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

Nombres y Apellidos:	JARAMILLO FONSECA ELKIS JOVANI	DOCUMENTO:	8789104	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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

000916

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	KAMMERER THERAN EDINSON ENRIQUE	DOCUMENTO:	17974849	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, 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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

000917

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	JULIO MORENO LUIS JAVIER	DOCUMENTO:	1101452719	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	
	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						
Malestar general										X				X						
Tos										X				X						
Dificultad respiratoria										X				X						
Dolor de garganta										X				X						
Vómito										X				X						
Fatiga										X				X						
Otros sintomas, describalos.										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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas										X				X						
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19										X				X						
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales										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							

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)																				
Malestar general																				
Tos																				
Dificultad respiratoria																				
Dolor de garganta																				
Vómito																				
Fatiga																				
Otros sintomas, describalos.																				
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas																				
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
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																				

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)																						
Malestar general																						
Tos																						
Dificultad respiratoria																						
Dolor de garganta																						
Vómito																						
Fatiga																						
Otros sintomas, describalos.																						
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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas																						
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
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																						

OBSERVACIONES:

0009913

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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																						
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, describalos.		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		X				X						X									

OBSERVACIONES:

000919

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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)																																																															
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:

000920

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 FEBRERO	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.

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												
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		X				X												

OBSERVACIONES:

000921

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)		X		X		X																																																									
Malestar general		X		X		X																																																									
Tos		X		X		X																																																									
Dificultad respiratoria		X		X		X																																																									
Dolor de garganta		X		X		X																																																								
Vómito		X		X		X																																																									
Fatiga		X		X		X																																																									
Otros sintomas, describalos.		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 sintomas		X		X		X																																																									
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X		X																																																									
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		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																																																										

OBSERVACIONES:

0000922

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

Nombres y Apellidos:	HERNANDEZ CUADRADO KEINER MANUEL	DOCUMENTO:	1065814019	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		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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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							

OBSERVACIONES:

000923

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

Nombres y Apellidos:	GUZMAN URINA JHON JAIRO	DOCUMENTO:	72344503	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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
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	

	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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

000924

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

Nombres y Apellidos:	GUERRERO VISBAL KEVIN MANUEL	DOCUMENTO:	1048933395	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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						
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
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
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:

000925

A CONSTRUIR S.A.	CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19 FEBRERO	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	
	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
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
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
Se autoriza el ingreso	X		X		X		X		X		X		X		X	

SINTOMAS ACTUALES	9		10		11		12		13		14		15		16	
	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
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
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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se autoriza el ingreso							X		X				X		X	

SINTOMAS ACTUALES	17		18		19		20		21		22		23		24	
	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
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
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	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	

SINTOMAS ACTUALES	25		26		27		28		29		30		31	
	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
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
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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se autoriza el ingreso	X		X		X		X							

OBSERVACIONES:

000926

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	GONZALEZ GONZALEZ EDWIN AMAURY	DOCUMENTO:	72235486	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 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
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																														
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)																														
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	

SINTOMAS ACTUALES	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		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																																
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)																																
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							

OBSERVACIONES:

000927

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	GONZALEZ CAICEDO GREYLER ELIECER	DOCUMENTO:	94399162	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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		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	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	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	

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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

000928

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

Nombres y Apellidos:	GOMEZ VALENCIA GEOVANNY	DOCUMENTO:	94399162	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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		
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		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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

000929

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	GARCIA PAJARO MIGUEL ENRIQUE	DOCUMENTO:	1143397533	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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				v		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																								

OBSERVACIONES:

000939

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	FLORIAN BERRUEGOS HERASMO	DOCUMENTO:	19690992	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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												
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				X												

OBSERVACIONES:

000631

000631

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	FLOREZ LOPEZ ANDRES JOSE	DOCUMENTO:	85166707	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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		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

	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		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		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		NO
Se autoriza el ingreso																	X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X		X		X		X		X		X				X							

OBSERVACIONES:

000932

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	ESCORCIA TORRES JORGE LUIS	DOCUMENTO:	1065668544	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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:

000933

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	CASTAÑEDA JOSE LUIS	DOCUMENTO:	77094846	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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						
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
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		X				X	

OBSERVACIONES:

000934

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	CASADIEGO RODRIGUEZ NELSON EMIRO	DOCUMENTO:	80105065	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		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						
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						
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						
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						
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						
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						
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		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		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						
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						

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							

OBSERVACIONES:

000935

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	CALVO CANTILLO KEVIN RAFAEL	DOCUMENTO:	1003231490	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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								
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								
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
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																		
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
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:

000936

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

Nombres y Apellidos:	CALI ALVAREZ ROBER JAIRO	DOCUMENTO:	73182261	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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																																																										
Malestar general		X		X																																																										
Tos		X		X																																																										
Dificultad respiratoria		X		X																																																										
Dolor de garganta		X		X																																																										
Vómito		X		X																																																										
Fatiga		X		X																																																										
Otros síntomas, descríbalos.		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																																																										
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X																																																										
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		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																																																											

OBSERVACIONES:

000937

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	CABALLERO JORGE	DOCUMENTO:	72210593	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		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	
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	
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	
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	
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	
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	
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		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		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	
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	

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		X		X		X		X		X		X	

OBSERVACIONES:

000933

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

CODIGO: FR-SGI-001

Fecha: 20-04-2020

Version: 2

Nombres y Apellidos:	BETANCUR LOPEZ VALENTIN	DOCUMENTO:	5097121	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				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, 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						
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		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						
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						

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:

000937

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	BALOCO FERNANDEZ JOSE DAVID	DOCUMENTO:	1048327416	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																																																										
Malestar general		X		X																																																										
Tos		X		X																																																										
Dificultad respiratoria		X		X																																																										
Dolor de garganta		X		X																																																										
Vómito		X		X																																																										
Fatiga		X		X																																																										
Otros síntomas, descríbalos.		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																																																										
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19		X		X																																																										
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales		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																																																											

OBSERVACIONES:

000940

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	BARRIOS RODRIGUEZ ANTHONY	DOCUMENTO:	1.042.445.918	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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						
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

	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						
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)

	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							

OBSERVACIONES:

000941

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	BARRIOS FERNANDEZ FABIAN	DOCUMENTO:	72.182.155	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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		
Malestar general																										X		X		X		
Tos																										X		X		X		
Dificultad respiratoria																										X		X		X		
Dolor de garganta																										X		X		X		
Vómito																										X		X		X		
Fatiga																										X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.																										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		
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																										X		X		X		
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																										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			

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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

0009942

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

Nombres y Apellidos:	BARCELO CERVANTES JAIRO JAVIER	DOCUMENTO:	8569960	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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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																																
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																																
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																																
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																																
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Se autoriza el ingreso									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																														
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	X		X		X				X		X		X		X		X		X		X		X							

OBSERVACIONES:

000943

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	ALFARO CABARCAS JORGE ARMANDO	DOCUMENTO:	1044926440	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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, 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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

000944

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	ALEAN EDUIS	DOCUMENTO:	1003377296	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR OPERATIVA	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		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	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	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	

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:

000945

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	FRANCISCO JOSE LOZANO	DOCUMENTO:	18959088	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	INSPECTOR

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	
	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
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Otros síntomas, describalos.		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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas		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
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
Se autoriza el ingreso	X		X		X		X		X		X		X		X		X	

SINTOMAS ACTUALES	10		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	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)																						
Malestar general																						
Tos																						
Dificultad respiratoria																						
Dolor de garganta																						
Vómito																						
Fatiga																						
Otros síntomas, describalos.																						
Fecha de inicio de los síntomas:																						
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas																						
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
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																						

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)																						
Malestar general																						
Tos																						
Dificultad respiratoria																						
Dolor de garganta																						
Vómito																						
Fatiga																						
Otros síntomas, describalos.																						
Fecha de inicio de los síntomas:																						
CONTACTOS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas																						
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
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																						

OBSERVACIONES:

000946

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	FRANCISCO JOSE LOZANO	DOCUMENTO:	18959088	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	INSPECTOR

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																																											
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X																																											
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X																																											
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X																																											
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X																																											
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X																																											
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X																																											
Otros síntomas, descríbalos.		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																																											
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		X																																												

OBSERVACIONES:

0009447

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	IVAN MARTINEZ	DOCUMENTO:		Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	[illegible]	SUPEEVISOR

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:

000948

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	IVAN MARTINEZ	DOCUMENTO:		Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	SUPEEVISOR

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
Malestar general		X		X		X		X		X				X		X		X		X
Tos		X		X		X		X		X				X		X		X		X
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X				X		X		X		X
Dolor de garganta		X		X		X		X		X				X		X		X		X
Vómito		X		X		X		X		X				X		X		X		X
Fatiga		X		X		X		X		X				X		X		X		X
Otros síntomas, descríbalos.		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
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
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	

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		
Malestar general		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
Tos		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
Dificultad respiratoria		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
Vómito		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
Fatiga		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
Otros síntomas, descríbalos.		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		
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
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			

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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

000949

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	NESTOR MANUEL YANCE ARRIETA	DOCUMENTO:	15171031	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		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:

000950

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	CESAR AUGUSTO AHUMADA MENA	DOCUMENTO:	77090391	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	LABORATORISTA

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

	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				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)

	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							

OBSERVACIONES: AISLADO CON PRUEBA POSITIVA

000951

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	IVAN ALEXI RODRUGUEZ CASTILLO	DOCUMENTO:	1018344605	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	OPERADOR TORRE GRUA

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										
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										
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		X		X										

OBSERVACIONES:

AISLADO POR TENER SINTOMAS DE COVID, CON PRUEBA NEGATIVA

000952

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	ANDRES OSPINO	DOCUMENTO:	10656411212	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	AUXILIAR TORRE GRUA

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
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	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	

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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

AISLADO POR TENER SINTOMAS DE COVID, CON PRUEBA POSITIVA

000953

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	JOSE DAVID GALINDO BARRIOS	DOCUMENTO:	1065996647	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	PROFESIONAL DE DISEÑO

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
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 sintomas, 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	SI	NO
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas		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	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	

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						
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 sintomas, 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
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores sintomas		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
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							

OBSERVACIONES:

00095 1

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	LORENA BRACHO	DOCUMENTO:	1065591193	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	PROFESIONAL AMBIENTAL

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

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

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

0009955

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	LEINER TORRES	DOCUMENTO:	1063971741	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	AUXILIAR ALMACEN

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

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

OBSERVACIONES: TRABAJADOR POSITIVO PARA COVID , AISLADO

000956

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	ADA LUZ PEÑALOZA	DOCUMENTO:	49787228	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	ALMACENISTA

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

SINTOMAS ACTUALES	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fiebre (>37.5°C)		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:

27600

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	ALEXANDER BOLAÑO ACOSTA	DOCUMENTO:	77185729	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	PROFESIONAL 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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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		
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		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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

0009958

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	LILIANA CONTRERAS GARCIA	DOCUMENTO:	1046813906	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	PROFESIONAL SOCIAL

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

SINTOMAS ACTUALES	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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	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	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	

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						
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
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
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							

OBSERVACIONES:

000957

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	EMAISA ARIZA	DOCUMENTO:	43970830	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	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				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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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:

096000

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	VICTOR MANUEL MUÑOZ	DOCUMENTO:	43970830	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									
Malestar general																																	X		X		X				X		X		X		X		X				X									
Tos																																	X		X		X				X		X		X		X		X				X									
Dificultad respiratoria																																	X		X		X				X		X		X		X		X				X									
Dolor de garganta																																	X		X		X				X		X		X		X		X				X									
Vómito																																	X		X		X				X		X		X		X		X				X									
Fatiga																																	X		X		X				X		X		X		X		X				X									
Otros síntomas, descríbalos.																																	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									
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)																																																														
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									

OBSERVACIONES:

000961

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	MIGUEL ANGEL VASQUEZ	DOCUMENTO:	43970830	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	INSPECTOR 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	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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																																
Con personas que tuvieran alguno de los anteriores síntomas																																
Con personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19																																
Con personas que han realizado viajes internacionales o nacionales																																
RESPONDA SOLO SI SUS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON POSITIVAS (SI)																																
Ha consultado por los síntomas su EPS o solicitud de la prueba en los canales establecidos en su localidad.																																
Ha cumplido el tiempo de aislamiento requerido																																
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.																																
Se autoriza el ingreso																																

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						
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							

OBSERVACIONES:

0009962

A CONSTRUIR S.A.

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	ARMANDO CASTELLANOS	DOCUMENTO:	43970830	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	SUPERVISOR 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						
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 sintomas, 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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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							

OBSERVACIONES:

000963

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

Nombres y Apellidos:	ARGUMEDO OROSMAN	DOCUMENTO:	43970830	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	OPERADOR TORRE GRUA

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							

OBSERVACIONES:

000964

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19
FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	JAIME JOSE TERNERA	DOCUMENTO:	43970830	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR	CARGO:	INSPECTOR 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			
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	SI NO	SI NO	SI NO	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	

OBSERVACIONES:

000965

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

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

Nombres y Apellidos:	LIZMARY MADURO	DOCUMENTO:	43970830	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												
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												
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												
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
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:

996000

CONTROL DE INGRESO POR COVID - 19

FEBRERO

A CONSTRUIR S.A.

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

Nombres y Apellidos:	FABIO LOPEZ ROSADO	DOCUMENTO:	19594764	Empresa/Contratista:	A CONSTRUIR
				CARGO:	RESIDENTE 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				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

	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				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)

	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																																																														

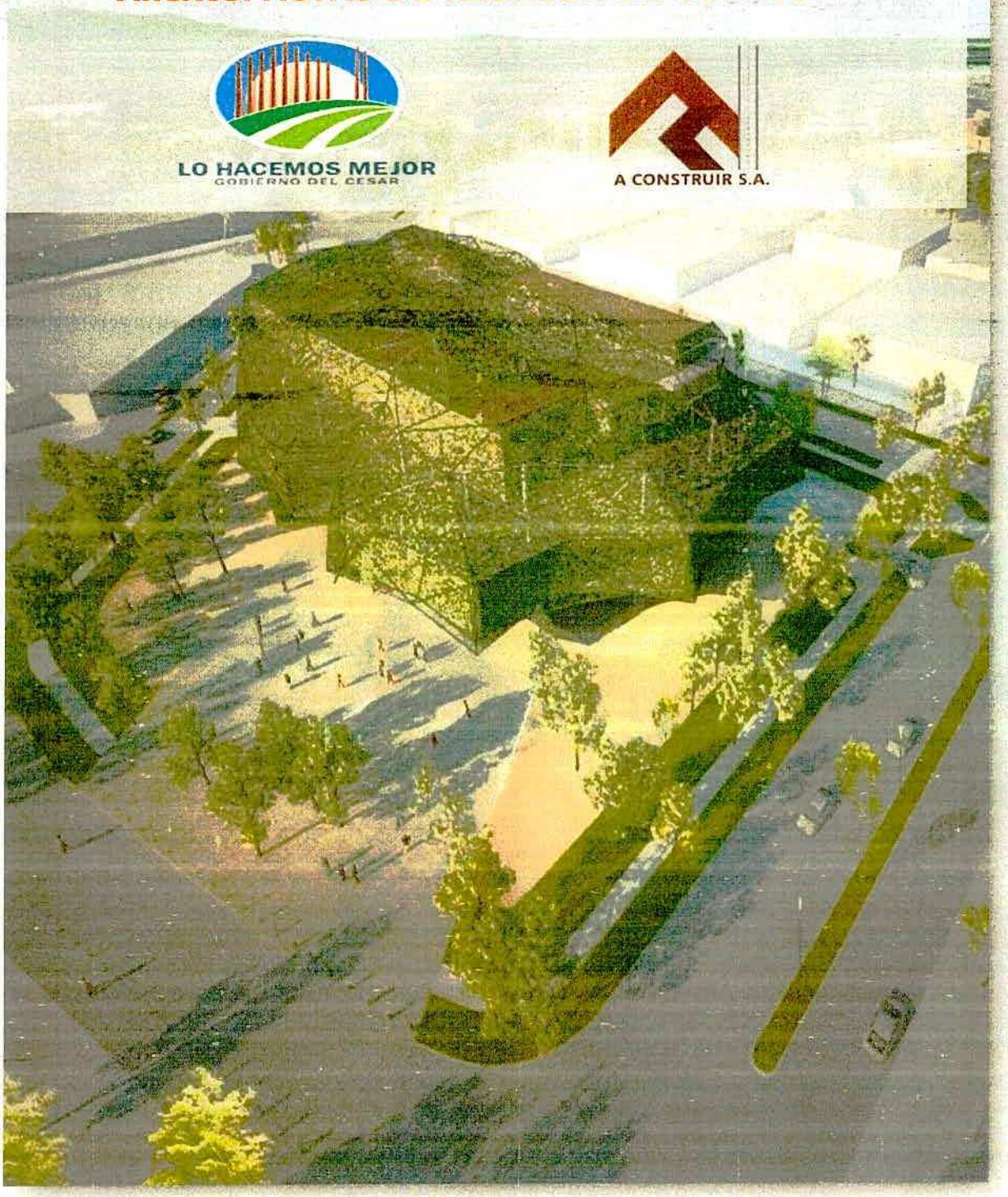
AUTORIZACIÓN DE INGRESO- ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA/CONTRATISTA.

	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							

OBSERVACIONES:

000967

Anexos. ACTAS DE REUNION DE COPASST



000968

A CONSTRUIR S.A.	ACTA DE REUNION DEL COPASST	CODIGO: FR-SGI-090
		VERSION: 02
		VIGENCIA: 25/05/2020

ACTA COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
No 005

Fecha: 28/02/2022 **Hora de Inicio: 9:40 AM.**

Lugar donde se Realiza la Reunión: Sala de juntas CCMV

Ciudad: Valledupar

Asistentes del COPASST:

-LORENA BRACHO cargo RESIDENTE AMBIENTAL A CONSTRUIR CCMV

-LILIANA CONTRERAS cargo PROFESIONAL SOCIAL

-NESTOR YANCE cargo AYUDANTE DE OBRA A CONSTRUIR

-LEINER TORRES cargo AYUDANTE DE OBRA A CONSTRUIR

Invitados a la reunión:

-ALEXANDER BOLAÑO ACOSTA cargo SUPERVISOR SST A CONSTRUIR CCMV

Orden del Día:

1) Verificación del Quórum
2) Temas a Tratar en la Reunión:
- Orden y aseo
- Reporte de incidentes
- Seguimiento al Protocolo covid
- Trabajo en altura
- Señalización
3) Propuestas e inquietudes
4) Cierre de la Reunión.

Desarrollo de la reunión:

Para el mes de febrero se ha cumplido la programación establecida en cuanto las jornadas de aseo, orden y limpieza en la obra, las cuales han incluido organización de los acopios de materiales, equipos y herramientas, así mismo recolección de residuos en los frentes de obra.

000967

El seguimiento de protocolo de covid, se ha venido haciendo el lavado de manos con agua y jabón, entre otros, después de entrar en contacto con superficies que hayan podido ser contaminadas como: manijas, pasamanos, cerraduras.

En cuanto accidente/incidentes en este periodo de tiempo no se ha presentado situaciones para reportar.

Se viene dando cumplimiento al protocolo para realización de actividades de trabajo seguro en altura, además de las charlas en esta temática, verificación de los certificados de calibración de equipo para trabajo en altura, análisis de las tareas a realizar y la entrega de equipos correspondientes. Del mismo modo A construir administrativo han realizado los cursos en trabajo en altura requeridos.

Por otro lado se han realizado la señalización requerida en frentes de obra, y sitios de intervención. Se contemplaron todas las medidas para dar el paso de los vehículos en forma gradual y segura a través del área de trabajo, considerando la seguridad de los peatones, ocupantes del vehículo, los trabajadores y los equipos de construcción y la obra.

3. Propuestas e inquietudes.

-Es fundamental hacer un seguimiento al plan de manejo de tránsito durante las diferentes etapas de avance de la ejecución de la obra, con el fin de monitorear el tránsito de acuerdo con la situación encontrada, tomar las medidas correctivas a que haya lugar para garantizar un eficaz funcionamiento.

Dichos correctivos deben ajustarse a los requerimientos y avance de la obra y estar relacionados con la implementación de señales o desvíos y al retiro de la señalización que no aplica o a la eliminación de los desvíos que ya cumplieron su función y que podrían causar confusión a los usuarios de la vía.

Por otro lado la presidente de Copasst, coloca en consideración el ingreso de nuevos integrantes correspondientes a los diferentes subcontratistas de la obra.

4. Cierre de la Reunión.

El secretario del Comité, da lectura al acta de la reunión, la cual es aprobada por los demás integrantes.

A CONSTRUIR S.A.	ACTA DE REUNION DEL COPASST	CODIGO: FR-SGI-090
		VERSION: 02
		VIGENCIA: 25/05/2020

Se da por terminada la reunión a las 10: 20 a.m. horas del Día del mes de febrero de 2022.

Firman quienes intervienen en la reunión como constancia.

PROGRAMACIÓN DE LA SIGUIENTE REUNIÓN: 26 marzo /2022.

Presidente del COPASST

Secretario(a) del COPASST

Miembro del COPASST

Miembro del COPASST

Invitado a la reunión

000971