CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR

# INFORME APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO LINEAMIENTO DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN Y MITIGACION DEL VIRUS SARS- COV-2 (CORONAVIRUS -COVID-19)

## PRIMER INFORME COMPRENDIDO ENTRE: 21 DE FEBRERO DEL 2023-22 DE MARZO DEL 2023

**Contrato de Obra Pública No.**
**CONTRATO DE OBRA NO 367 DE 2022**

**"MEJORAMIENTO DE VÍAS A TRAVÉS DEL REPARCHEO DE TRAMOS EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO PUTUMAYO".**

Alma Corazón y Vida

Alcaldía de Mocoa

**CONTRATANTE:** ALCALDÍA MUNICIPAL DE MOCOA

**CONTRATISTA DE OBRA**: CONSTRUCTORES Y ONSULTORES JESAHR S.A.S. (R/L LUIS CARLOS SALAS RODRÍGUEZ)

**SUPERVISOR**: SECRETARIO DE OBRAS E INFRAESTRUCTURA, GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES MUNICIPAL

**INTERVENTOR:** Ing. JAIME HERNANDO JAJOY

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente informe de aplicación y seguimiento del lineamiento de bioseguridad para la prevención de contagios por coronavirus (COVID-19) corresponde al periodo comprendido entre los meses **21 de febrero del 2023-22 de marzo del 2023**; en este se relacionan las actividades realizadas para prevenir y/o mitigar los impactos que se pudieran generar o derivar de las obras ejecutadas en desarrollo del Contrato de Obra Pública No. **367 de 2022**. Cuyo objeto es: **"MEJORAMIENTO DE VÍAS A TRAVÉS DEL REPARCHEO DE TRAMOS EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO PUTUMAYO".**

Las actividades descritas a continuación están directamente relacionadas con los lineamientos de bioseguridad para la prevención de los casos del coronavirus (COVID-19), dando cumplimiento a lo estipulado y la normatividad vigente.

## 2. MEDIDAS GENERALES

- Se realizó la demarcación del punto de ingreso a la obra, aplicando las medidas de distanciamiento social.
- Se instaló el punto ecológico de la obra.
- Se realizó la instalación de lavamanos los cuales cuentan con jabón líquido antibacterial y toallas desechables.
- Se realizó la instalación de dispensadores de gel antibacterial.
- Se realizó la socialización de los lineamientos de bioseguridad aprobados, con todo el personal de obra.

## 3. APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LOS CASOS DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19)

| ITEMS | FORMATO Y/O ANEXO | APLICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | FORMATO INSPECCIÓN CONDICIONES SEGURAS ANTE COVID-19 | APLICACIÓN SEMANAL ANTES DE INICIO DE ACTIVIDADES | SE REALIZA LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS Y SUS RESPECTIVOS FORMATOS SEMANALES |
| 2 | FORMATO AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD COVID-19 | SE APLICARÁ EN CASO DE QUE UN OBRERO REPORTE UNA TEMPERATURA MAYOR A 37ªC O MALESTAR GENERAL | DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE OBRA 367 DEL 2022 NINGÚN TRABAJADOR PRESENTO SÍNTOMAS O ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL COVID-19 POR LO CUAL NO SE DILIGENCIA. |
| 3 | FORMATO CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN | APLICACIÓN POR UNA ÚNICA VEZ, PRIMER DÍA DE INGRESO DEL PERSONAL | SE DILIGENCIA EL FORMATO DE CARACTERIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN CAMPO. |
| 4 | FORMATO LISTO DE PERSONAS CON LAS QUE SE RELACIONA | APLICACIÓN POR UNA ÚNICA VEZ, PRIMER DÍA DE INGRESO DEL PERSONAL | SE DILIGENCIA EL FORMATO DE LISTA DE PERSONAS CON LAS QUE RELACIONAN |
| 5 | FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA-CAPACITACIONES O CHARLAS DIARIAS | APLICACIÓN SEMANAL ANTES DE INICIO DE LABORES | SE REALIZA Y SE TOMA ASISTENCIA A LAS CAPACIONES REALIZADAS SEMANAL MENTE PARA PREVENCIÓN DEL COVID -19 |
| 6 | FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA Y O AUSENCIAS | APLICACIÓN DIARIA ANTES DE INICIO DE LABORES | SE TOMAN ASISTENCIAS DIARIAS DE LOS TRABAJADORES DEL CONTRATO DE OBRA 367 DEL 2022 |
| 7 | FORMATO INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | APLICACIÓN DIARIA AL INICIO Y FINALIZACIÓN DE LA JORNADA | SE IMPLEMENTA EL FORMATO DE INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA Y VISITANTES A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE OBRA 367 DEL 2022, SU REALIZACIÓN ES DIARIA |
| 8 | FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | APLICACIÓN CADA DÍA | SE DILIGENCIA EL FORMATO DE ENTREGA DIARIA DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD |
| 9 | FORMATO DE INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL-DE HERRAMIENTAS | APLICACIÓN DIARIA ANTES DE INICIO DE LABORES | SE REALIZA EL FORMATO DE REVISIÓN DE HERRAMIENTA Y EQUIPO LIVIANO ANTES DE INICIAR ACTIVIDADES |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN TIPO B | APLICACIÓN SEMANAL ANTES DE INICIO DE LABORES | SE INSPECCIONA SEMANAL MENTE EL BOTIQUÍN VERIFICANDO INSUMOS Y MATERIALES QUE PUDIERON SER USADOS, Y COLOCANDO NUEVOS. |
| 11 | FORMATO DE INSPECCIÓN DE EQUIPOS Y VEHÍCULOS DE CARGA | APLICACIÓN DIARIA AL INGRESO DE ALGÚN TIPO DE VEHÍCULO AJENO A LA OBRA. | SE REALIZA LA INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS Y EQUIPOS DE CARGA DIARIAMENTE REVISANDO SU BUEN FUNCIONAMIENTO Y SU CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EXIGIDOS. |

### 3.1. FORMATO INSPECCIÓN CONDICIONES SEGURAS ANTE COVID-19

Formato creado con el fin de inspeccionar las instalaciones de la obra y que se encuentren en buenas condiciones para poder dar inicio a la jornada laboral. **Ver anexo 01**

### 3.2. FORMATO AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD– COVID 19

Formato en el cual de evidencia las condiciones de salud del personal, 2 o 3 días antes al inicio de la semana laboral, los datos de la persona de contacto, número de teléfono y datos de EPS, AFP y ARL. **Ver anexo 02**

### 3.3. FORMATO CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Formato en el cual el personal da la conocer sus antecedentes médicos, contacto en caso de emergencia y autoriza para que la información se utilizará exclusivamente con fines de atención de la contingencia generada por la Pandemia COVID-19, de acuerdo con lo establecido en la CIRCULAR CONJUNTA No. 0000003 del 8 de abril de 2020. **Ver anexo 03**

### 3.4. FORMATO LISTA DE PERSONAS CON LAS QUE SE RELACIONA

Formato en el cual el personal da a conocer el nombre de las personas con las que tiene contacto y su ubicación. **Ver anexo 04**

### 3.5. FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA-CAPACITACIONES O CHARLAS DIARIAS

Formato en el cual se evidencia las capacitaciones, charlas y/o recomendaciones que se dan a diario, antes de iniciar la jornada laboral. **Ver anexo 05**

### 3.6. FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA Y O AUSENCIAS

Formato en el cual se consigna la asistencia y/o ausencia del personal, en caso de ausencia se registra la causal. **Ver anexo 06**

### 3.7. FORMATO INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES

Formato en el cual se consigna la información concerniente al control de temperatura, sintomatología de alarma y elementos de Protección personal EPP. Se realiza la inicio como al finalizar la jornada laboral. **Ver anexo 07**

### 3.8. FORMATO DE ENTREGA DE EPP-CONSUMIBLES

Formato en el cual se consigna y evidencia la entrega de los EPP al personal, de acuerdo a la periocidad requerida de acuerdo a los lineamientos de bioseguridad. **Ver anexo 08**

### 3.9. FORMATO DE INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE HERRAMIENTAS

Formato diligenciado a diario con el fin de establecer las buenas condiciones de las herramientas de trabajo antes de dar inicio a la jornada laboral. **Ver anexo 9.**

### 3.10. FORMATO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES TIPO B

Formato diligenciado de manera semanal, para inspeccionar las condiciones y cantidad de consumibles y medicamentos que hacen parte del botiquín. **Ver anexo 10**

### 3.11. FORMATO DE INSPECCIÓN DE EQUIPOS Y VEHÍCULOS DE CARGA

Formato diligenciado al ingreso de algún tipo de vehículo ajeno a la obra. **Ver anexo 11**

## 4. REGISTRO FOTOGRÁFICO.

### 4.1. Registro fotográfico de ingreso del personal a la obra.

El ingreso del personal de la obra o de visitantes, se realiza la desinfección el cual contiene una solución de agua y detergente enzimático bactericida, en el cual el personal realiza la desinfección del calzado, posteriormente desinfecta los elementos como bolsos, cascos, chalecos con la misma solución de detergente mediante un aplicador por aspersión y desinfección de ropa mediante la utilización de alcohol antiséptico.

Posteriormente el personal realiza el primer lavado de manos, toma de temperatura de ingreso, se indaga sobre presencia de síntomas de alarma y entrega de EPP según lineamientos; el personal acto ingresa a la obra.

Al ingreso se cuenta con un lavamanos, el cual está dotado de jabón antibacterial, toallas desechables y un dispensador de gel antibacterial.




**Imagen 1.** Señalisaciones en la obra



**Imagen 2** desinfección de calzado y ropa

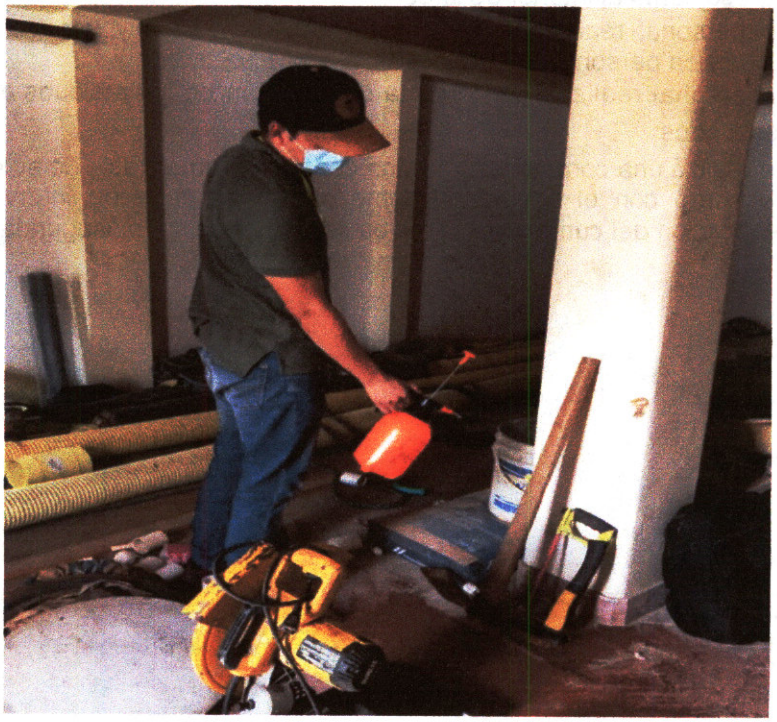


**imagen 3.** Desinfección de herramienta







**Imagen 4.** Entrega y dotación de elementos de bioseguridad (tapabocas, guantes, botas)

## 5. CONCLUSIONES.

- El personal acato todas las recomendaciones datas por el personal de salud, respecto a los lineamientos de bioseguridad que se deben seguir tanto al ingreso como al interior de la obra.
- El personal realizo un correcto lavado de manos y uso de elementos de protección personal-EPP.
- El personal realizo una correcta disposición de los residuos en los puntos destinados.
- Se realizó una correcta disposición de las herramientas y de su desinfección.
- Se contó con el acompañamiento diario por parte de interventoría para la verificación del cumplimiento de los lineamientos de bioseguridad.

CONTRATISTA

LUIS CARLOS SALAS RODRÍGUEZ
R/L CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR SAS.

CONSTRUCTORES Y CONSULTORES
JESAHR

# ANEXO 1.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | 1 |
| | | Fecha | 21-02-23 |

FECHA: 21-02-23

HORA INICIO: 7.00 am

HORA FIN: 3.00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a:

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria ? | ¿Fatiga? | ¿Escalofr io? | ¿Dolor muscula r? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | Si | no | | Ayudante | 35.9 | 36 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | Si | no | | Paletero | 36.2 | 36.2 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | Si | no | | Ayudante | 36.5 | 36.6 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | 2 |
| | | Fecha | 22-02-23 |

FECHA: 22-02-23

HORA INICIO: 7.00 am

HORA FIN: 5.00 PM

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL**

**Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral**

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofr ío? | ¿Dolor muscula | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 36 | 35.7 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 36.3 | 36.1 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 36.4 | 36.3 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 13-02-23

HORA INICIO: 7:00 am

HORA FIN: 5:00 Pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL**

**Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral**

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 36,3 | 36 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 36,5 | 35,7 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 35,7 | 36,5 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 14-02-23

HORA INICIO: 7.00 am

HORA FIN: 3.00 PM

OBRA: Mejoramiento de vias a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 36,5 | 36,5 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 35,6 | 36 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 35,7 | 36,7 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 25-07-23

HORA INICIO: 7:00 am

HORA FIN: 5:00 Pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra.

**Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL**

**Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral**

| No | C.C. | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria ? | ¿Fatiga? | ¿Escalofr io? | ¿Dolor muscula r? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 35,6 | 36,5 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 35,6 | 35,7 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 35,7 | 36 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
| | | Fecha | |

FECHA: 27-02-23

HORA INICIO: 7.00am

HORA FIN: 3.00 PM

OBRA: Mejoramiento de vias a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a:

**Nota 1:** Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

**Nota 2:** Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 36,5 | 36,5 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 35,7 | 36,5 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 36,5 | 36,7 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 18-04-23

HORA INICIO: 7:00 am

HORA FIN: 3:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL**

**Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral**

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | Si | No | | Ayudante | 36.8 | 36.6 | No | No | No | No | No | No | No | No | Si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | Si | No | | Paletero | 36.7 | 36.5 | No | No | No | No | No | No | No | No | Si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | Si | No | | Ayudante | 36.8 | 36.7 | No | No | No | No | No | No | No | No | Si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 1-03-13

HORA INICIO: 7.00 am

HORA FIN: 5.00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL**

**Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral**

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria? | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | Si | no | | Ayudante | 36 | 36 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | Si | no | | Paletero | 35.8 | 35.9 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | Si | no | | Ayudante | 36 | 36 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 2-03-23

HORA INICIO: 7.00am

HORA FIN: 3.00pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL**

**Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral**

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestión nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria? | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 36.8 | 36.9 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 36.7 | 36.7 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 35.9 | 35.9 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| CONSTRUCCIONES Y CONSULTORES ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 03-05-23

HORA INICIO: 7.00 am

HORA FIN: 5.00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C. | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria ? | ¿Fatiga? | ¿Escalofr io? | ¿Dolor muscula r? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | si | no | | Ayudante | 36.5 | 36.4 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | si | no | | Paletero | 36.5 | 36.5 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | si | no | | Ayudante | 36.7 | 36.8 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 04-07-23

HORA INICIO: 7.00am

HORA FIN: 3:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C. | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria ? | ¿Fatiga? | ¿Escalofr io? | ¿Dolor muscula r? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | Si | no | | Ayudante | 36.8 | 36.6 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | Si | no | | Paletero | 36.9 | 36.5 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | Si | no | | Ayudante | 36.5 | 36.5 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 06-03-23

HORA INICIO: 7:00 am

HORA FIN: 3:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vias a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | si | no | | Ayudante | 36.3 | 36.3 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | si | no | | Paletero | 36.1 | 36.7 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | si | no | | Ayudante | 39. | 36.3 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
| | | Fecha | |

FECHA: 07-28-03

HORA INICIO: 7:00am

HORA FIN: 5:00pm

OBRA: Mejoramiento de vias a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (>38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofr ío? | ¿Dolor muscular ? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | no | no | | Ayudante | 36.2 | 36.3 | no | no | no | no | no | no | no | no | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | no | no | | Paletero | 36.3 | 36.1 | no | no | no | no | no | no | no | no | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | no | no | | Ayudante | 36.5 | 36.3 | no | no | no | no | no | no | no | no | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 08-03-23

HORA INICIO: 3.00 pm

HORA FIN: 5.00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerda que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofrí os? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | si | no | | Ayudante | 36.5 | 36.4 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | si | no | | Paletero | 36.3 | 36.5 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | si | no | | Ayudante | 36.8 | 36.6 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| CONSTRUCCIONES Y OBRAS CIVILES ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 09-03-23

HORA INICIO: 7.00am

HORA FIN: 5.00 Pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C. | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapabocas nuevo? | ¿Guantes desechables? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestión nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria? | ¿Fatiga? | ¿Escalofrio? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | si | no | | Ayudante | 36.3 | 36.5 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | si | no | | Paletero | 37 | 36.6 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | si | no | | Ayudante | 37. | 36.9 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 10-03-23

HORA INICIO: 7.00 am

HORA FIN: 3:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No. | C.C. | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca nuevo? | ¿Guantes desechables? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestión nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | si | no | | Ayudante | 36. | 36 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | si | no | | Paletero | 36.3 | 36.9 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | si | no | | Ayudante | 36.9 | 36.9 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
| | | Fecha | |

FECHA: 11-03-23

HORA INICIO: 7.00 am

HORA FIN: 5:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de Obra

**Nota 1:** Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

**Nota 2:** Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca nuevo? | ¿Guantes desechables? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestión nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria? | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 36.3 | 36.9 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 36.9 | 36.5 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 36.9 | 36.6 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 13-03-23

HORA INICIO: 7.00 am

HORA FIN: 5:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vias a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municiplo de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No. | C.C. | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofr io | ¿Dolo muscula r? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | no | no | | Ayudante | 36.5 | 36.6 | no | no | no | no | no | no | no | no | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | no | no | | Paletero | 36.4 | 36.3 | no | no | no | no | no | no | no | no | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | no | no | | Ayudante | 36.5 | 36.5 | no | no | no | no | no | no | no | no | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 14-03-23

HORA INICIO: 700 am

HORA FIN: 500 Pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Pasordi de Dolu

Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofr io | ¿Dolor muscula r? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | Si | No | | Ayudante | 36 | 36 | No | No | No | No | No | No | No | No | Si |
| 2 | 1120068599 | Angle Lopez | | Si | No | | Paletero | 36 | 36 | No | No | No | No | No | No | No | No | Si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | Si | No | | Ayudante | 36 | 36 | No | No | No | No | No | No | No | No | Si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 15-03-23

HORA INICIO: 7:00 am

HORA FIN: 3:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vias a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1:** Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

**Nota 2:** Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C. | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria ? | ¿Fatiga? | ¿Escalofr io? | ¿Dolor muscula r? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 36.5 | 36.9 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 36.9 | 36.9 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 36 | 36 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 16-03-23

HORA INICIO: 7.00am

HORA FIN: 3.00 pm

OBRA: Mejoramiento de vias a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1:** Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

**Nota 2:** Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No. | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca nuevo? | ¿Guantes desechables? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestión nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | si | no | | Ayudante | 36.3 | 36.4 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | si | no | | Paletero | 36.3 | 36.5 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | si | no | | Ayudante | 36.3 | 36.4 | no | no | no | no | no | no | no | no | si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
| | | Fecha | |

FECHA: 17-06-23

HORA INICIO: 7:00 am

HORA FIN: 3:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vias a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1:** Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

**Nota 2:** Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No. | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca s nuevo? | ¿Guantes desechable s? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) | | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestió n nasal?? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria ? | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | MAÑANA | TARDE | | | | | | | | | |
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 36 | 35.9 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 36.3 | 36.1 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 36.5 | 36.5 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 18-03-23

HORA INICIO: 7:00am

HORA FIN: 5:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vias a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1:** Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

**Nota 2:** Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca nuevo? | ¿Guantes desechables? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestión nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofrio | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | Si | no | | Ayudante | 36.3 | 36.3 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | Si | no | | Paletero | 36.3 | 36.2 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | Si | no | | Ayudante | 36.7 | 36.7 | no | no | no | no | no | no | no | no | Si |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 20-03-23

HORA INICIO: 7:00 am

HORA FIN: 3:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1:** Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

**Nota 2:** Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No. | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca nuevo? | ¿Guantes desechables? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestión nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria? | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 36.6 | 36.2 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 36.5 | 36.3 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 36.3 | 36.4 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 21-03-23

HORA INICIO: 7:00 am

HORA FIN: 5:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1:** Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL

**Nota 2:** Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral

| No | C.C. | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca nuevo? | ¿Guantes desechables? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestión nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria? | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | no | | Ayudante | 36.3 | 36.4 | no | no | no | no | no | no | no | no | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | no | | Paletero | 36.4 | 36.3 | no | no | no | no | no | no | no | no | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | no | | Ayudante | 36.3 | 36.4 | no | no | no | no | no | no | no | no | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ESAHR | INSPECCIÓN DE PERSONAL DE OBRA O VISITANTES | Versión | |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

FECHA: 22-03-23

HORA INICIO: 7:00 am

HORA FIN: 3:00 pm

OBRA: Mejoramiento de vías a través del re parcheo en tramos del casco urbano en el municipio de Mocoa

Inspeccion a: Personal de obra

**Nota 1: Recuerde que si presenta algún síntoma, la persona debe ser aislada, notificada a ARL y entidad de salud respectiva para traslado. Si es gripa o dengue debe ser enviado a casa por sospecha e igual notificarse a la ARL**

**Nota 2: Recuerde que está información se debe tomar al inicio y final de la jornada laboral**

| No. | C.C | NOMBRE | EDAD (años) | ¿Tapaboca nuevo? | ¿Guantes desechables? | FRENTE | CARGO | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) MAÑANA | Temperatura Corporal (Fiebre) (<38°C) TARDE | ¿Dolor de garganta? | ¿Congestión nasal? | ¿Tos seca? | ¿Dificultad respiratoria | ¿Fatiga? | ¿Escalofrío? | ¿Dolor muscular? | ¿Gripa? | ¿Apto SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193597262 | Edwin Cuevas | | SI | NO | | Ayudante | 36.5 | 36.5 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 2 | 1120068599 | Angie Lopez | | SI | NO | | Paletero | 36.6 | 36.5 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 3 | 1120216042 | Euler Lopez | | SI | NO | | Ayudante | 36.8 | 36.8 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# ANEXO 2.

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19 | Fecha | 21-02-23 |
| | Version | 1 |
| | Pagina | 3 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 21 | 02 | 23 | | Eder Lopez | 1120216042 |

| EPS | | AFP | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO | |
|---|---|---|---|---|---|
| luis carlos solis | N | Eder Lopez | N | luis daniel bernal | N |
| luis carlos solis | F | Eder Lopez | F | daniel bernal | F |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19 | Fecha | 21-02-23 |
| | Version | 1 |
| | Pagina | 1 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 21 | 02 | 23 | | Angie lopez | 1120068899 |

| EPS | | AFP | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| luis carlos solis | N | Angie lopez | N | Dennit Bermudez |
| luis carlos solis | F | Angiel. | F | Dennit Bermudez |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| **AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19** | Fecha | 21-02-23 |
| | Version | 1 |
| | Pagina | 1 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| **0 A 2** | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| **3 A 5** | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| **6 A 11** | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| **12 o mas** | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 21 | 02 | 23 | | Edwin | 1193893262 |
| EPS | | | AFP | | ARL | |
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Luis Carlos Soto | N | Edwin Cuevas | N | NOMBRE: Deivit Bermudez |
| FIRMA: Luis Carlos Soto | F | FIRMA: Edwin Cuevas | F | FIRMA: Deivit Bermudez |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19 | Fecha | 28-02-23 |
| | Version | 1 |
| | Pagina | 6 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 28 | 02 | 2023 | | Eder Lopez | 1120216042 |

| EPS | | AFP | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| Luis Carlos Soto | N | Eder Lopez | N | Dennis Bonnell |
| Luis Carlos Soto | F | Eder Lopez | F | Dennis Bonnell |

| OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD |
|---|
| |

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| **AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19** | Fecha | 28-02-23 |
| | Version | 2 |
| | Pagina | 3 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| **0 A 2** | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| **3 A 5** | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| **6 A 11** | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| **12 o mas** | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 28 | 02 | 2023 | | Angie Lopez | 1120068599 |

| EPS | | AFP | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO | |
|---|---|---|---|---|---|
| luis carlos sarco | N | Angie lopez | N | Denit Bermudez | N |
| luis carlos sarco | F | Angie L. | F | Denit Bermudez | F |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| **AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19** | Fecha | 28-07-23 |
| | Version | 2 |
| | Pagina | 1 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 28 | 07 | 23 | | Edwin Cuevas | 1193597762 |

| EPS | | AFP | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| Luis Carlos Solos | N | Edwin Cuevas | N | Dent Bernal |
| Luis Carlos Solos | F | Edwin Cuevas | F | Dent Bernal |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19 | Fecha | 07-03-2023 |
| | Version | 3 |
| | Pagina | 9 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 07 | 03 | 2023 | | Angie Lopez | 1120068599 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS | | AFP | | ARL | |
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| luis carlos salas | N | Angie Lopez | N | Deny Bernal |
| luis carlos salas | F | Angiez. | F | Deny Bernal |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| **AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19** | Fecha | 07-03-2022 |
| | Version | 3 |
| | Pagina | 1 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|
| | 07 | 03 | 2023 | Edwin Cuervo | 1143 897162 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS | | AFP | | ARL | |
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| Luis Carlos Ochoa | N | Edwin Cuervo | N | Dent Personal |
| Luis Carlos Ochoa | F | Edwin Cuervo | F | Dent Personal |

| OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD |
|---|
| |

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19 | Fecha | 07-03-2023 |
| | Version | 3 |
| | Pagina | 8 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 07 | 03 | 2023 | | Eyer lopez | |
| EPS | | | AFP | | ARL | |
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| Luis Carlos Salas | N | Eyer lopez | N | Dani Bermudez |
| Luis Carlos Salas | F | Eyer lopez | F | Dani Bermudez |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES ESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19 | Fecha | 14-03-2023 |
| | Version | 4 |
| | Pagina | 19 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|
| | 14 | 03 | 2023 | Angie Lopez | 1120068899 |

| EPS | | AFP | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| los carlos Bello | N | Angie lopez | N | Dent Ocupacional |
| los carlos Bello | F | Angie L. | F | Dent Ocupacional |

| OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD |
|---|
| |

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19 | Fecha | 1403-2023 |
| | Version | 1 |
| | Pagina | 10 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|
| | 14 | 03 | 2023 | Edwin Cuevas | 1193507262 |

| EPS | | AFP | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| Luis Carlos Soto | N | Edwin Cuevas | N | Dena Bermudez |
| Luis Carlos Soto | F | [signature] | F | Dena Bermudez |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR

**SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

## AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19

| | |
|---|---|
| Fecha | 14-03-2023 |
| Version | 9 |
| Pagina | 1 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|
| | 14 | 03 | 2023 | Eulei Lopez | 1172216042 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS | | AFP | | ARL | |
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DÓNDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| Luis Carlos Soto | N | Eulei Lopez | N | Deivit Berrio |
| Luis Carlos Soto | F | Eulei Lopez | F | Deivit Berrio |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19 | Fecha | 21-03-2023 |
| | Version | 5 |
| | Pagina | |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|
| | 21 | 03 | 2023 | Angie Lopez | 1120068899 |

| EPS | | AFP | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| Luis Carlos Bahos | N | Angie Lopez | N | Dent Bernal |
| Luis Carlos Bahos | F | Angie L. | F | Dent Bernal |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD COVID - 19 | Fecha | 21-03-2023 |
| | Version | 5 |
| | Pagina | 11 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|
| | 21 | 03 | 2023 | Eulei lopez | 1120216042 |

| EPS | | AFP | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Luis Carlos Salas | N | Eulei lopez | N | Yenit Bermal | N |
| Luis Carlos Salas | F | Eulei lopez | F | Yenit Bermal | F |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
|---|---|---|
| AUTO-REPORTE DE CONDICION DE SALUD<br>COVID - 19 | Fecha | 21-03-2023 |
| | Version | 5 |
| | Pagina | 13 |

| PREGUNTAS | PUNTAJE | |
|---|---|---|
| ¿PRESENTA TOS RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA ESCALOFRIO RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE GARGANTA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR CORPORAL O MALESTAR GENERAL RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA FIEBRE MAYOR A 37.8 °C, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA PERDIDA DEL OLFATO, RECURRENTE O ESPONTANEA HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR COMO SI NO ENTRARA AIRE A SUS PULMONES DE MANERA RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿PRESENTO FATIGA O REAL DETERIORO DE MIS MOVIMIENTOS Y MIS GANAS DE HACER ALGO, ES RECURRENTE O ESPONTANEO HOY O EN DIAS PREVIOS? (2 o 3 DIAS ANTES) | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO EN LOS UTIMOS 14 DIAS FUERA DE LA CIUDAD? | no | 0 |
| ¿HAS VIAJADO O ESTADO EN ZONAS AFECTADAS POR COVID19? | no | 0 |
| ¿HAS CUIDADO O ESTADO EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID19? | no | 0 |
| TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19 | | 0 |

| | |
|---|---|
| 0 A 2 | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
| 3 A 5 | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
| 6 A 11 | Acuda a consulta con el médico EPS o istem de salud, e informe a su superior inmediatamente |
| 12 o mas | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |

| FECHA | D | M | A | | NOMBRE COMPLETO | CEDULA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 21 | 03 | 2023 | | Edwin Cuevas | 1193597262 |

| EPS | | AFP | | ARL | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA CONTACTO | | | | TEL | |
| PARENTESCO | | | DONDE VIVE | | |

| ENCARGADO DE OBRA | | TRABAJADOR | | ENCARGADO SISO |
|---|---|---|---|---|
| Luis Carlos Soto | N | Edwin Cuevas | N | Dennis Bernal |
| Luis Carlos Soto | F | Edwin Cuevas | F | Dennis Bernal |

OBSERVACIONES SGSST O ENCARGADO DE SALUD

| CONDUCTA | TRABAJANDO | AISLAMIENTO EN CASA | AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA | AISLAMIENTO EN HOSPITAL |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | |

CONSTRUCTORES Y CONSULTORES
JESAHR

# ANEXO 3.

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN | Versión | 0 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

Proyecto y/o ubicación: mejoramiento de vías en el municipio de Macaa — Fecha: 21-02-2023

Nombre trabajador: Angie lopez — Cargo: Paletero

Nombre de contacto en caso de emergencia — Teléfono

Los datos acá registrados se manejarán dando cumplimiento a las disposiciones de protección de datos personales, y se utilizarán exclusivamente con fines de atención de la contingencia generada por la Pandemia COVID-19, de acuerdo con lo establecido en la CIRCULAR CONJUNTA No. 0000003 del 8 de abril de 2020

AUTORIZO: SI X NO ___

| N° | CONDICIONES | Si | No |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿Estuvo en contacto con alguien que tuvo o tiene esos síntomas? (Fiebre, dolor de garganta, congestión nasal, tos, dificultad para respirar, fatiga, escalofrío, dolor muscular) | | X |
| 2 | ¿Vive con alguna persona mayor de 70 años, o con familiares que tengan enfermedades correlacionadas a la gravedad del COVID? | | X |
| 3 | ¿Hizo un viaje internacional en los últimos 30 días? | | X |
| 4 | ¿Hizo un viaje nacional en los últimos 30 días? | | X |
| 5 | ¿Es trabajador de la salud? O alguien con quien viva? | | X |
| N° | ANTECEDENTES | Si | No |
| 6 | Diabetes | | X |
| 7 | Hipertensión | | X |
| 8 | Enfermedades del corazón | | X |
| 9 | Falla renal con diálisis | | X |
| 10 | Enfermedad pulmonar- EPOC | | X |
| 11 | Hipotiroidismo | | X |
| 12 | Otros problemas pulmonares | | X |
| 13 | Enfermedades autoinmunes | | X |
| 14 | Me han medicado recientemente corticoides | | X |
| 15 | Deficiencias en el sistema inmunológico (inmunodeficiente) | | X |
| 16 | Cáncer de cualquier tipo | | X |
| 17 | Sobrepeso u obesidad | | X |
| 18 | Desnutrición | | X |
| 19 | Fumador | | X |

Angie lopez 1120068349
NOMBRE COMPLETO Y CEDULA

Angie L.
FIRMA

| CONSTRUCTORES Y CONSULTORES JESAHR | CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN | Versión | 0 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | |

Proyecto y/o ubicación: Mejoramiento de vías en el Municipio Mocoa Fecha: 21/02-2023

Nombre trabajador: Edwin Cuervo Cargo: Ayudante

Nombre de contacto en caso de emergencia Teléfono

Los datos acá registrados se manejarán dando cumplimiento a las disposiciones de protección de datos personales, y se utilizarán exclusivamente con fines de atención de la contingencia generada por la Pandemia COVID-19, de acuerdo con lo establecido en la CIRCULAR CONJUNTA No. 0000003 del 8 de abril de 2020

AUTORIZO: SI ___ NO ___

| N° | CONDICIONES | Si | No |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿Estuvo en contacto con alguien que tuvo o tiene esos síntomas? (Fiebre, dolor de garganta, congestión nasal, tos, dificultad para respirar, fatiga, escalofrío, dolor muscular) | | X |
| 2 | ¿Vive con alguna persona mayor de 70 años, o con familiares que tengan enfermedades correlacionadas a la gravedad del COVID? | | X |
| 3 | ¿Hizo un viaje internacional en los últimos 30 días? | | X |
| 4 | ¿Hizo un viaje nacional en los últimos 30 días? | | X |
| 5 | ¿Es trabajador de la salud? O alguien con quien viva? | | X |
| N° | ANTECEDENTES | Si | No |
| 6 | Diabetes | | X |
| 7 | Hipertensión | | X |
| 8 | Enfermedades del corazón | | X |
| 9 | Falla renal con diálisis | | X |
| 10 | Enfermedad pulmonar- EPOC | | X |
| 11 | Hipotiroidismo | | X |
| 12 | Otros problemas pulmonares | | X |
| 13 | Enfermedades autoinmunes | | X |
| 14 | Me han medicado recientemente corticoides | | X |
| 15 | Deficiencias en el sistema inmunológico (inmunodeficiente) | | X |
| 16 | Cáncer de cualquier tipo | | X |
| 17 | Sobrepeso u obesidad | | X |
| 18 | Desnutrición | | X |
| 19 | Fumador | | X |

Edwin Cuervo 1193543262
NOMBRE COMPLETO Y CEDULA

Edwin Cuervo
FIRMA