ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Señores Aspirantes;

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

DECLARACION DE CONTACTOS Y ESTADO DE SALUD.

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

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

Nombre del Aspirante: MARIA CAMILA JARAMILLO SOTELO Documento N° 1014229387
Perfil PROFESIONAL EN PSICOLOGIA fecha de la información 29/05/2024