INSPECCIÓN PRE-USO DE PULIDORA

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

CONSORCIO PRUNI SEDES 04
PRISMA
UNIVERSALSEC S.A.S.

INSPECCION DE PULIDORA

Obra: Imprenta Distrital | Fecha: 23-06-2020

Equipo: Polidora | Marca/Modelo: DEWAIT | Placa/ Ref:

Trabajador: Carlos Mena | Cédula:

Los ítems sombreados son críticos y deben estár buenos. Si se encuentran Regulares o Malos generan Inmovilización del Equipo hasta que sean corregidos.

Convenciones : √ Bueno, X: Malo, R: Regular, F: Falta, N: No aplica

SISTEMA	ITEM	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
		23-06-2020			
EQUIPO	Aseo y Limpieza	✓			
	Estado de la carcaza	✓			
	Manijas de sujeción (laterar y Trasera)	✓			
	Operación del Switch de encendido	✓			
	Cable y clavija de Conexión a la red eléctrica	✓			
	Guarda protectora en el disco	✓			
	Estado del disco	✓			
	Mecanismo de aseguramiento del disco para cambio.	✓			
	Letreros e Indicadores	✓			
	Estado General de la Estructura del equipo	✓			
EPI	Tapa oidos de copa	✓			
	Tapa oidos de insercion	✓			
	Careta	✓			
	Peto	✓			
	Mangas	✓			
	Guantes de vaqueta / carnaza	✓			
	FIRMA DEL TRABAJADOR	[signature]			
	Vo. Bo. RESPONSABLE SST	[signature]			

OBSERVACIONES:

Equipo Operativo SI:____ NO:____

REUNIÓN ACTA DE VIGIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

25 Junio del 2020

ACTA DE REUNION

VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Siendo las 2 pm de la tarde, se reúne el VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO y el REPRESENTANTE LEGAL para dar a conocer los acontecimientos ocurridos en el mes de junio del 2020.

El vigía en seguridad y salud en el trabajo informa que el día 2 de junio debido al caso sospechoso que se presentó con el Arq. De Interventoría Fernando Aguirre, todo el personal de imprenta distrital estuvo en cuarentena obligatoria por 14 días (desde el día 3 de junio del 2020 al 15 de junio del 2020), fecha en la cual el personal de obra después de cumplir su cuarentena ingreso a trabajar desde el día 16 de junio del 2020; de esto se puede argumentar que debido a que era nuestro primer caso SOSPECHOSO, se tomaron mal las medidas en el caso, dando así pauta a que se cometerían errores.

Debido a esto se tomaron las medidas pertinentes del caso que, si bien la resolución nos indica que hacer, pero en caso de que la persona tuviera algún síntoma asociado al COVID-19, no es muy claro que hacer en caso SOSPECHOSO.

Por este motivo se tomó la decisión de actualizar el protocolo de bioseguridad que la entidad SECRETARIA DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, autorizo para el proyecto.

El Consorcio Pruni Sedes 04 a cumplido a cabalidad con el objeto de la implementación del protocolo de bioseguridad incluyendo la compra de todos los elementos de bioseguridad necesarios en obra.

En obra se ha cumplido con la implementación del protocolo de bioseguridad con la toma de temperatura, desinfección de áreas de cumplimiento, así como de la desinfección a los trabajadores cuando ingresan a obra, se realiza las desinfecciones de vehículos.

Se deja como compromiso:

1. La radicación de la actualización del protocolo de bioseguridad ante la plataforma (residente sst).

Siendo las 4 pm de la tarde se termina la reunión

La anterior acta, la firman:

William Fonseca Vargas

WILLIAM FONSECA VARGAS
RESIDENTE SST

SAMUEL CARRILLO
REPRESENTANTE LEGAL

REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD A LA PLATAFORMA DE LA ALCALDÍA

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

Registro de obra pública

Gracias.

La información del formulario ha sido registrada exitosamente

La Administración Distrital recuerda que este registro corresponde al cargue de la información solicitada de acuerdo con el artículo 15 del decreto 126 del 10 de Mayo de 2020 para obras públicas.

El solicitante se hace responsable de la veracidad de los datos aquí suministrados y del cumplimiento al plan presentado.

Recuerde que debe realizar obligatoriamente el registro de la información correspondiente a la movilidad de cada trabajador a cargo en https://bogota.vigiasegupendiarenacer.com/form_institucional

Enviar otra respuesta

23/06/2020 10:37:09 p. m.
89d-37 Calle 2
Kennedy
Bogotá

PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

FORMATO CONDICIONES DE SALUD

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 01- JUNIO 2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	35	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	"	"	"	"	"	"	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	35.4	NI	NI	NI	NI	NI	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	"	"	"	"	"	"	
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	"	"	"	"	"	"	
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	"	"	"	"	"	"	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ							
22	3.019.591	DORANCE PERALTA							
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ							
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO							
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ							
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS							
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ							
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ							

1310

252

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 01-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	76 307318	Virgilio Jesus Carballo	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
2	1024185355	Fasen Padilla	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
3	79.970537	Jairo Jimenez Mendez	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL Visitantes

FECHA: 2 - Junio / 2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	79.838.414	Juvenal Collazos	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
2	80493017	Alexander castro	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
3	79.826.234	James Padilla	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1024484355	Feiser Padilla	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
5	79990537	Jairo Jimenez Mendez.	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	
6	26207318	[illegible]	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	
7	79580973	Luis Arturo Camacho	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
8	19427866	Luis Alberto Hurtado	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 02 - Junio - 2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES: TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	"	"	"	"	"	"	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	"	"	"	"	"	"	
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	"	"	"	"	"	"	
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.9	no	no	no	no	no	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	"	"	"	"	"	"	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	"	"	"	"	"	"	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	"	"	"	"	"	"	
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ							
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO							
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ							
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS							
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ							
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ							

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 03-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.2	N	N	N	N	N	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35.8	N	N	N	N	N	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.5	N	N	N	N	N	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.1	N	N	N	N	N	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	36.3	N	N	N	N	N	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	36.4	N	N	N	N	N	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	11	11	11	11	11	11	11
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	36.1	N	N	N	N	N	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	11	11	11	11	11	11	11
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	36.2	N	N	N	N	N	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	36.0	N	N	N	N	N	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	11	11	11	11	11	11	11
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	36.0	N	N	N	N	N	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	11	11	11	11	11	11	11
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	36.3	N	N	N	N	N	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.1	N	N	N	N	N	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.2	N	N	N	N	N	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.3	N	N	N	N	N	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.4	N	N	N	N	N	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.1	N	N	N	N	N	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	11	11	11	11	11	11	11
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	36.3	N	N	N	N	N	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	36.2	N	N	N	N	N	
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	11	11	11	11	11	11	11
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	11	11	11	11	11	11	11
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	36.2	N	N	N	N	N	
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	11	11	11	11	11	11	11
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	11	11	11	11	11	11	11

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 04-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.3	N	N	N	N	N	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35.8	N	N	N	N	N	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	35.6	N	N	N	N	N	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.1	N	N	N	N	N	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	36.2	N	N	N	N	N	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	36.4	N	N	N	N	N	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	"	"	"	"	"	"	"
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	35.0	N	N	N	N	N	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	"	"	"	"	"	"	"
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	36.2	N	N	N	N	N	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	36.3	N	N	N	N	N	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	"	"	"	"	"	"	"
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	36.1	N	N	N	N	N	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	"	"	"	"	"	"	"
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	36.2	N	N	N	N	N	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.6	N	N	N	N	N	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.0	N	N	N	N	N	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.3	N	N	N	N	N	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.1	N	N	N	N	N	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.0	N	N	N	N	N	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	"	"	"	"	"	"	"
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	36.4	N	N	N	N	N	
23	75.084.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	36.3	N	N	N	N	N	
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	"	"	"	"	"	"	"
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	"	"	"	"	"	"	"
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	36.1	N	N	N	N	N	
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	"	"	"	"	"	"	"
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	"	"	"	"	"	"	"

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 05-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.1	N	N	N	N	N	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	36.3	N	N	N	N	N	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.2	N	N	N	N	N	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	35.8	N	N	N	N	N	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.7	N	N	N	N	N	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	36.3	N	N	N	N	N	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	—	—	—	—	—	—	—
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	35.1	N	N	N	N	N	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	—	—	—	—	—	—	—
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.8	N	N	N	N	N	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	36.2	N	N	N	N	N	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	—	—	—	—	—	—	—
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	36.4	N	N	N	N	N	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	—	—	—	—	—	—	—
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	36.6	N	N	N	N	N	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	35.9	N	N	N	N	N	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.3	N	N	N	N	N	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.1	N	N	N	N	N	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.5	N	N	N	N	N	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.1	N	N	N	N	N	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	—	—	—	—	—	—	—
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	35.9	N	N	N	N	N	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	36.3	N	N	N	N	N	
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	—	—	—	—	—	—	—
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	—	—	—	—	—	—	—
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	36.1	N	N	N	N	N	
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	—	—	—	—	—	—	—
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	—	—	—	—	—	—	—

264

1316

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 06-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.1	N	N	N	N	N	
2	74.381.366	WILLIAM PONSECA VARGAS	35.3	N	N	N	N	N	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.3	N	N	N	N	N	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.0	N	N	N	N	N	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	36.1	N	N	N	N	N	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	36.3	N	N	N	N	N	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	—	—	—	—	—	—	—
8	79.722.611	LISARDO VALOYES VALOYES	35.0	N	N	N	N	N	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	—	—	—	—	—	—	—
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.8	N	N	N	N	N	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	35.9	N	N	N	N	N	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	—	—	—	—	—	—	—
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.7	N	N	N	N	N	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	—	—	—	—	—	—	—
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	36.0	N	N	N	N	N	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.1	N	N	N	N	N	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	35.9	N	N	N	N	N	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	35.3	N	N	N	N	N	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.0	N	N	N	N	N	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	35.8	N	N	N	N	N	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	—	—	—	—	—	—	—
22	3.019.391	DORANCE PERALTA	35.4	N	N	N	N	N	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	35.7	N	N	N	N	N	
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	—	—	—	—	—	—	—
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	—	—	—	—	—	—	—
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	35.9	N	N	N	N	N	
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	—	—	—	—	—	—	—
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	—	—	—	—	—	—	—

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 08-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	35.9	N	N	N	N	N	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35.5	N	N	N	N	N	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	35.8	N	N	N	N	N	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	35.6	N	N	N	N	N	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.9	N	N	N	N	N	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	36.2	N	N	N	N	N	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	35.9	N	N	N	N	N	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	35.1	N	N	N	N	N	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	35.7	N	N	N	N	N	
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.8	N	N	N	N	N	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	35.7	N	N	N	N	N	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	35.4	N	N	N	N	N	
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.6	N	N	N	N	N	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	35.8	N	N	N	N	N	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.9	N	N	N	N	N	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.1	N	N	N	N	N	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.0	N	N	N	N	N	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	35.8	N	N	N	N	N	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.0	N	N	N	N	N	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	35.8	N	N	N	N	N	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	—	—	—	—	—	—	—
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	35.5	N	N	N	N	N	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	35.3	N	N	N	N	N	
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	—	—	—	—	—	—	—
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	—	—	—	—	—	—	—
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	36.0	N	N	N	N	N	
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	35.8	N	N	N	N	N	
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	—	—	—	—	—	—	—

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 09-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.637.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LISARDO VALOYES VALOYES	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	36.	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	34	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	"	"	"	"	"	"	"
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	"	"	"	"	"	"	"
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	"	"	"	"	"	"	"
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	"	"	"	"	"	"	"
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	"	"	"	"	"	"	"

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 10 - Junio - 2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	"
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	"
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	"	"	"	"	"	"	"
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	"	"	"	"	"	"	"
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	"	"	"	"	"	"	"
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	"	"	"	"	"	"	"
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	"	"	"	"	"	"	"
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	"	"	"	"	"	"	"

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 11-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM PONSECA VARGAS	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	"	"	"	"	"	"	
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	"	"	"	"	"	"	
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	"	"	"	"	"	"	
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÍS	"	"	"	"	"	"	
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	"	"	"	"	"	"	
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	"	"	"	"	"	"	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 12-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.016.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	32.7	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	"	"	"	"	"	"	"
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	"	"	"	"	"	"	"
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	"	"	"	"	"	"	"
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	"	"	"	"	"	"	"
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	"	"	"	"	"	"	"
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	"	"	"	"	"	"	"

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 13 Junio 2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	35	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	11	11	11	11	4	11	4
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	36	NO	NO	NO	NO	NO	
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	—	—	—	—	—	—	—
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	—	—	—	—	—	—	—
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	—	—	—	—	—	—	—
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	—	—	—	—	—	—	—
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	—	—	—	—	—	—	—

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 16-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES: TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	356	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	36-2	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	36	N	N	N	N	N	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	〃	〃	〃	〃	〃	〃	
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	36	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	〃	〃	〃	〃	〃	〃	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	〃	〃	〃	〃	〃	〃	
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Gimena G
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Hanner G
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	〃	〃	〃	〃	〃	〃	
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	〃	〃	〃	〃	〃	〃	
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	〃	〃	〃	〃	〃	〃	
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	〃	〃	〃	〃	〃	〃	
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	〃	〃	〃	〃	〃	〃	
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	〃	〃	〃	〃	〃	〃	
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	〃	〃	〃	〃	〃	〃	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD PREEXISTENTES

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 16-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	EDAD	CONDICIONES DE SALUD PREEXISTENTES						FIRMA TRABAJADOR
				ENFERMEDAD PREVIA	ENFERMEDAD CARDIACA	HIPERTENSION	ENFERMEDAD RENAL	DIABETES	ENFERMEDADES INMUNOSUPRESORAS	
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA								
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	28	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	23	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	56	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	45	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	11	11	11	11	11	11	11	11
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	20	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	43	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	11	11	11	11	11	11	11	
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	26	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	31	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	45	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	25	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR								
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	57	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	26	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	40	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	11	11	11	11	11	11	11	11
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	67	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	11	11	11	11	11	11	11	11
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	11	11	11	11	11	11	11	11
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	11	11	11	11	11	11	11	11
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	11	11	11	11	11	11	11	11
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	11	11	11	11	11	11	11	11
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	11	11	11	11	11	11	11	11

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 16-06-2020 Visitante

ITEM	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					FIRMA TRABAJADOR
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	
1	1026[illegible]18	Diana [illegible]	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	
2	1057463118	[illegible]	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
3	80976800	Fernando Fandiño	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
4	8[illegible]	[illegible]	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
1001167400	Jhonny Ivan Vargas	34.	NO	NO	NO	NO	NO		
79939510	[illegible]	36.4	NO	NO	NO	NO	NO		
80111373	MAURICIO [illegible]	36.3	NO	NO	NO	NO	NO		
79.970557	Jairo Jimenez	36.5	NO	NO	NO	NO	NO		
79 886.274	Jamer Jodillo	37.5	NO	NO	NO	NO	NO		
1014425855	Felipe Rodillo	36.7	NO	NO	NO	NO	NO		
1630731	[illegible]	37.3	NO	NO	NO	NO	NO		
52959.013	Paula Morales	36.0	NO	NO	NO	NO	NO		
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									

1326

42

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 17-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
					TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.3	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	36.1	36	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.5	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	35.9	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Edison
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	36.4	36	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	35.7	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	35.8	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	36.1	36.0	N	N	N	N	N	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	11	11	11	11	11	11	11	11
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	36.8	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	11	11	11	11	11	11	11	11
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	11	11	11	11	11	11	11	11
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.6	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	34.9	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.8	36	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.1	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Gimena G.
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	35.6	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.4	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.5	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.4	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	35.9	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	35.8	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	11	11	11	11	11	11	11	11
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	11	11	11	11	11	11	11	11
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	11	11	11	11	11	11	11	11
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	11	11	11	11	11	11	11	11
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	11	11	11	11	11	11	11	11
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	11	11	11	11	11	11	11	11

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL Visitantes

FECHA: 17 de Junio 2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	1057463748	Jose abelino Vargas tenso	36.2	x NO	x NO	NO	NO	NO	
2	79.770537	Jairo Alberto Jimenez.	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1044881355	Fabian Castillo R	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
4	7630730	Victor Cuadrado	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
5	79.389.135	Juan Carlo Bucero	36.1	NC	NC	NC	NC	NO	
6	52.959.013	Paula F. Morales A	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
7	79.826.234	James Padilla	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL Visitantes

FECHA: 18-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					FIRMA TRABAJADOR
				TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	
1	79.970.537	Jairo Jimenez M.	35.6	X	X	X	X	X	
2	1014284355	Fersen Padilla	36.4	NO	NO	NO	NO	NO.	
3	20.207.318	Virginia Cordoba	37.3	X	X	X	X	X	
4	1057463778	Jose abelino Juan	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1026572178	Dana Montes V	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
6	7182708	FERNANDO AGUIRRE	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
7	79.826.239	James Padilla	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
8	19427866	LUIS MORILLAS	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	
9	52.959.013	Paula Morales	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
10	80152373	MAURICIO PUGLIO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
11	1014	Victoria Polo	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									

1329

234

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 18-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES: TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.1	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	36.1	36.	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.2	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.7	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.5	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	259	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	36	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	34.5	35.5	N	N	N	N	N	
9	11.705.453	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ	— "	— "	—	" —	"	—	"	" —
10	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	3.3	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
11	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	11	11	11	11	11	11	11	11
12	1.007.614.754	JOSE GIOVANY MATIZ TORRES	— "	— "	—	" —	"	—	"	" —
13	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.1	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	35, 6	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.7	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	35.8	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Gimena G.
17	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.2.	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Hanner
18	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.4	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
19	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.3	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
20	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.3	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
21	1.019.066.733	CESAR GUTIERREZ	36.4	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	
22	3.019.591	DORANCE PERALTA	35.6	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	
23	75.064.933	CARLOS ALBERTO VALENCIA SANCHEZ	11	11	11	11	11	11	11	11
24	79.321.873	OSCAR CASTAÑO BARRETO	11	11	11	11	11	11	11	11
25	1.106.772.744	LIDA ISABEL GONZALEZ	11	11	11	11	11	11	11	11
26	79.416.146	FREDI GÓMEZ GARCÉS	11	11	11	11	11	11	11	11
27	52.261.860	SANDRA LUCIA PARRA JIMÉNEZ	11	11	11	11	11	11	11	11
28	45.530.754	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ	11	11	11	11	11	11	11	11

1330

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 19-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES: TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.4	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	36.1	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.2	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.2	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.6	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	36.0	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	35.8	NO 36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	36.5	36.8	N	N	N	N	N	
9	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.7	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
10	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	11	11	11	11	11	11	11	11
11	1.126.119.523	ÓMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	36.1	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	34.9	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	
13	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	36.1	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.3	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Gmara6
15	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.1	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	HANNER
16	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.1	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
17	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.0	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	
18	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.6	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	

1331

279

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES.DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL — Visitantes

FECHA: 19-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES: TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	96.307[illegible]	VJ Jer Seu - Cocelo	35.8	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
2	1024[illegible]	Fusser Padilla	35.6	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1057463778	Jose abelino vargas	36.1	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	
4	79.970537	Jairo Jimenez Mendez	35.6	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
5	79826.274	James Padilla	35.9	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
6	7182768	Fernando Agudelo	36.1	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
7	1026592178	Diana Morales	37.0	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
8	75064537	Carlota	36,7	36.3	no	no	no	no	no	
9	52959013	PMM	36.0	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	PMM
10	79[illegible]	[illegible]	36.2	36.2	No	No	No	No	No	
11	1070924677	Steyner Ramirez	36.7	36.5	No	No	No	No	No	
12	16286959	Carlos Reyes.	37.0	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
13	23[illegible]	Paola Reyes	36.8	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
14										
15										
16										
17										
18										

1332

280

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 20-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES: TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.8	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	36.0	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.7	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.3	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	36.3	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	357	35.5	no	no	no	no	no	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	35-7	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	353	35.7	N	N	N	N	N	
9	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	36.6	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	
10	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	"	"	"	"	"	"	"	"
11	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.2		No	no	no	no	no	
12	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	34, 9	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
13	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	356	36.7	no	No	NO	NO	no	
14	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.3	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	"	"	"	"	"	"	"	"
16	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	"	"	"	"	"	"	"	"
17	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.0	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
18	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.1	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL Visitantes

FECHA: 20-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
					TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	79826234	James Padilla	35.7		NO	NO	NO	NO	NO	
2	76.309.315	[illegible]	37.7		NO	NO	NO	NO	NO	
3	7182768	FERNANDO AGUDELO	35.9	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1057463748	Jose abelino Vaca	36.1	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
5	80172373	Mauricio Pauno	35.9	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
6	1077.144.300	Victoria Tovero	36.0	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Victoria Tovero
7	1026592198	Diana Morales	35.3	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
8	91267699	Alfonso pineda	35.8	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
9	1098703OR	Jorge Cortes	37.	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
10	1123770397	Luis E. Mora	36.7	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
11	79266206	Jose Perez	36.3	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1070924628	Steven Ramirez	36.3	36.0	No	No	No	No	No	
13	1019002487	Jonathan Ramirez	37.2	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
14	79206614	Alberto Garcia	36.6	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80705886	Nodario Cordoba	37.3	35.7	N	NO	NO	NO	NO	
16	1805608	Julio	35.3	35.9	20	20	20	200		
17										
18										

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

Visitantes

FECHA: 23-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES. TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	79'826.294	James Padilla	35.7	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
2	5'893'476	Carlos garzón	—	—	—	—	—	—	—	—
3	76'30'236	Victor Cubides	37=8	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1057463748	Jose abelino nuñez tenjo	35.7	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
5	7182748	FERNANDO AGUIRRE	37.9	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
6	79'369.138	Juan Carlo Bucco	36.1	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
7	1026568349	Jonathan Orejuela	36.2	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
8	9427866	Luis Murillas	36.4	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
9	80'152'378	MAURICIO PULIDO	36.4	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
10	52.439.150	Alexandra Sandoval Ch.	36.5	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
11	1010172800	Marlon pulido	36.3	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Pulido Marlon
12	1077144300	Victoria Forero	36.3	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
13	1012395372	ALEJANDRA VIVAS	36.7	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1012452387	Maria Alvarez.	36.	36.	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra Alvarez.
15	80'0[illegible]	Juan Jacobo [illegible]	36,7	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
16	79468260	HERNAN MAHECHA	36.5	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
17	52'954.013	Paula Morales A	36.7	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
18										

1335

283

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 23-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
					TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.4	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35.8	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.3	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.0	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	36.1	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	35.9	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	36-1	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	34.7	35.7	N	N	N	N	N	
9	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.5	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
10	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	—	—	—	—	—	—	—	—
11	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	34.9	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	36.2	34,3	NO	NO	NO	NO	NO	
13	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.9	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.0	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	36.1	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
16	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36.2	35.	NO	NO	NO	NO	NO	
17	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	11	11	11	11	11	11	11	11
18	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.4	364	NO	NO	NO	NO	NO	

1336

284

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL Visitantes

FECHA: 24-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
					TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	1066579509	Luis Acevedo	37.2	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2	703747861	DAVISON	36.4	36.2	no	no	no	no	no	DAVI.
3	80493[illegible]7	Alexander castro	35.8	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
4	76.3023[illegible]	V. [illegible] Cordoba	34.6	36.1	X	X	X	X	X	
5	1001325038	Emanuel castellanos	34.5	36.9	no	no	no	no	no	E.C.S.
6	1023954340	nicolas ortegon	36.6	36.8	no	no	no	no	no	
7	79'826.256	James Padilla	35.8	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
8	1123730597	Luis E. Muñoz	36.5	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
9	79518118	Harold Sanchez	35.9	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
10	1070924622	Steven Ram	36.0	36.3	No	No	No	No	No	
11	1098703052	Jorge Castro	35.8	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
12	79369135	Juan Carlos Bucci	36	36.2	no	no	no	no	no	
13	1057463178	Jose abelino vargas	36.7	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1139825	Hector Ruiz	36.7	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
15	7782768	FERNANDO AGUILERA	36.5	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1019[illegible]	Cesar Gutierrez	36.2	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
17	75066[illegible]	Eduardo Cortes	36.7	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
18	79461140	Javier Bermudez	36	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Javier Bermudez
	3019591	Dorance Valle	36.1	36.9	No	No	No	No	No	

1337

285

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 24-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTÓMA DE LOS SIGUIENTES: TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.4	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	36.0	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.3	37.3	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	36.7	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.8	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	357	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	37-5	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	358	35.9	N	N	N	N	N	
9	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	36.5	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
10	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	11	11	11	11	11	11	11	11
11	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.7	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	35.0	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	
13	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.9	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.0	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	35.9	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	HANNER
16	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
17	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.1	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
18	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.1	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	

1338

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

Viviana

FECHA: 25-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					FIRMA TRABAJADOR
					TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	
1	1066529509	Jeris Acevedo	37.3	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
2	1001325038	Emmanuel cortes	37	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
3	79518118	Harold Sanchez	36.1	36.1	no	no	no	no	no	
4	76307318	Victor Cordoba	36.2	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
5	76.307318	Victor Cordoba	35.3	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
6	79826.0[illegible]	James P.	35.8	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
7	1002385341	nicolas ortegon	36.0	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
8	80493057	Alexander Castro	35.6	36.	NO	NO	NO	NO	NO	
9	1123730344	Luis E. muñoz	35.4	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
10	70374294	DAVID SOTO	35.9	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	DAVID
11	79586134	Juan Carlos Bueno	36.1	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1057463773	Jose abelino vargas	35.8	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
13	7182768	FERNANDO AGUIRRE	36.2	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
14	3019591	Jovanni Leon Ortiz	36.3	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
15	1019066733	Cesar Gutierrez	36.6	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
16	1030612235	Oscar Obando	36.8	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
17	53040822	Sonia Forero	36.9	36.2	No	No	No	No	No	
18	1019870852	Jurgen Castro	35.5	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 25-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES: TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	37.4	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35.6	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	35.6	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	35.4	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	35.4	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	36.1	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	36-5	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	356	36.0	N	N	N	N	N	
9	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.1	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
10	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	11	11	11	11	11	4	4	11
11	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.7	NO/35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	35,6	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
13	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	36.3	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.0	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	35.9	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
16	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	36	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
17	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	35.7	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
18	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.3	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	

1340

382

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 26. 06. 2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
					TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	1066599509	Jairs Acuado	36.6	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
2	1001325358	Emmanuel cortes	35.8	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1023507348	nicolas ortegon	36.2	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
4	79826.234	James Padilla	35	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1123770397	Luis Eduardo	35.7	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
6	80493012	Alexander castro	34.9	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
7	79518118	Harold sanchez	35.8	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
8	7077477826	DAVID SOSA	35.8	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	DAVID
9	76 30936	WILTER Cordoba	35.4	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
10	6987088X	Jorge Castro	35.6	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
11	1070922627	Steven Ramirez	36.2	36.5	No	No	No	No	No	
12	79389134	Juan Carlos Bueno	36.4	360	NO	NO	NO	NO	NO	
13	1057467770	Jose abelino Varon	35.8	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1106772744	Lida Gonzalez	37.2	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Lida Gonzalez.
15	7182768	FERNANDO AGUIRRE	37.1	36.2	No	No	No	No	No	
16	1026572178	Diana C Morales Y	35.5	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
17	1014182573	David S. Labrador	35.2	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
18	1019066733	Cesar Gutierrez	36.0	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	

1341

1827

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 26-06-2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
					TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	36.2	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	35.5	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.2	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	34.8	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	34.8	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	35.8	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	36-5	360	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	34.3	36.5	N	N	N	N	N	
9	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	36.5	36.4	N	N	N	N	N	
10	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	11	11	11	11	11	11	11	
11	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	35.7	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	
12	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	36.1	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
13	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	35.9	36	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	34.9	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	11	11	11	11	11	11	11	
16	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	11	11	11	11	11	11	11	
17	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	36.0	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
18	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	36.1	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 27 Junio / 2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
					TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	55.131.681	INGRID ALEJANDRA BOLAÑOS	35.6	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	
2	74.381.366	WILLIAM FONSECA VARGAS	36.1	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	
3	1.018.480.030	DANIEL FELIPE GOMEZ ALDANA	36.0	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
4	1.050.955.439	YEISON DIAZ JULIO	35.9	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1.033.789.264	JULIO MENA MENA	36.0	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	
6	11.707.366	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA	36	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
7	4.837.625	JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA	36-2	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
8	79.722.611	LIBARDO VALOYES VALOYES	36	36	N	N	N	N	N	
9	1.003.932.556	CARLOS MARIO MENA PALACIOS	35.2	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	
10	77.132.092	JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO	11	11	11	11	11	11	11	11
11	1.126.119.523	OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ	36.2	36.3	no	no	no	no	no	
12	1.049.930.112	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	36.8	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
13	80.871.279	VICTOR HUGO GRANJA PALACIOS	26.1	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	
14	1.023.939.775	XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ	36.0	NO 36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
15	80.125.709	HANNER GUERRERO CORREDOR	11	11	11	11	11	11	11	11
16	5.893.456	CARLOS AUGUSTO GARZON MARTINEZ	11	4	4	11	11	4	4	4
17	1.023.933.050	MAICOL ESTEBAN RUBIO VEGA	35.9	NO 0,35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
18	79.977.480	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	35.9	NO 0,37.	NO	NO	NO	NO	NO	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO DE CONDICIONES DE SALUD

SEDE IMPRENTA DISTRITAL

FECHA: 27.06.2020

Nº	CEDULA	NOMBRE	TOMA DE TEMPERATURA MAÑANA	TOMA DE TEMPERATURA TARDE	EL DIA DE HOY PRESENTA ALGUN SINTOMA DE LOS SIGUIENTES					
					TOS	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	MALESTAR GENERAL	FIRMA TRABAJADOR
1	1023 [illegible]	alcides ortega	36.7	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
2	1001325 [illegible]	Emanuel C.	36.7	36.	NO	NO	NO	NO	NO	
3	79518118	Harold Sanchez	36.	36.3	no	no	no	no	no	
4	80493017	Alexander castro	35.9	359	NO	NO	NO	NO	NO	
5	1121 730847	Luis E. [illegible]	39.5	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
6	70774798	D AVID SOLA	36.6	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	D AVID.
7	76.302368	V. [illegible]	35.0	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
8	1067727944	LIDA GONZALEZ	36.1	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	LIDA GONZALEZ
9	1098783052	Jorjen Castro	35.7	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
10	7935[illegible]138	Juan Carlos Bilcuri	35.9	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
11	79826.824	James Padilla	35.7	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
12	7182768	FERNANDO AGUILAR	36.1	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
13	1057[illegible]	JOSE Adelmo Vargas	36.2	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	
14										
15										
16										
17										
18										

FORMATOS DE DESINFECCIÓN DE AREAS

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
1/06/20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:30	2:00	Gimena G	Alejandra
1/06/20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	7:00	3:00	Gimena G.	Alejandra
1/06/20	PUNTO DE INGRESO	7:15	7:30	Gimena G.	Alejandra
1/06/20	PUNTO DE ALIMENTACION	7:45	2:00	Gimena G.	Alejandra
1/06/20	AREA DE PARQUEADEROS	6:30	2:30	Omar A.	Alejandra
1/06/20	AREA DE ALMACEN	6:40	12:00	Omar A.	Alejandra
1/06/20	PUNTO DE ATENCION	6:59	12:58	Omar A.	Alejandra
1/06/20	AREAS DE PRODUCCION	6:52	12:40	omar A.	Alejandra
1/06/20	AREA DE LAVAMANOS	7:02	1:05	omar A	Alejandra
1/06/20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS	7:10	2:50	Omar A	Alejandra
1/06/20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:45	12:30	Omar A.	Alejandra
1/06/20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:48	12:35	Omar A	Alejandra

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	**AREA**	**HORA MAÑANA**	**HORA TARDE**	**FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD**	**FIRMA DE QUIEN REVISA**
2/06/20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:45	12:00	Gimena G.	
2/06/20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	7:10	1:20	Gimena G.	
2/06/20	PUNTO DE INGRESO	7:30	3:00	Gimena G.	
2/06/20	PUNTO DE ALIMENTACION	8:40	2:00	Gimena G.	
2/06/20	AREA DE PARQUEADEROS	6:45	3:30	Omar A.	
2/06/20	AREA DE ALMACEN	6:40	3:40	Omar A.	
2/06/20	PUNTO DE ATENCION	7:10	4:30	Omar A.	
2/06/20	AREAS DE PRODUCCION	7:00	4:15	Omar A.	
2/06/20	AREA DE LAVAMANOS	7:13	4:35	Omar A.	
2/06/20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS	7:20	4:30	Omar A.	
2/06/20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:50	4:00	Omar A.	
2/06/20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:55	4:10	Omar A.	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
16/06/20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:30	2:00	Gimena G.	
16/06/20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	7:00	3:00	Gimena G.	
16/06/20	PUNTO DE INGRESO	7:15	7:30	Gimena G.	
16/06/20	PUNTO DE ALIMENTACION	7:45	2:00	Gimena G.	
16/06/20	AREA DE PARQUEADEROS	6:30	2:30	Omar A.	
16/06/20	AREA DE ALMACEN	6:40	12:00	Omar A.	
16/06/20	PUNTO DE ATENCION	6:59	12:58	Omar A.	
16/06/20	AREAS DE PRODUCCION	6:52	12:40	Omar A.	
16/06/20	AREA DE LAVAMANOS	7:02	1:05	Omar A.	
16/06/20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS.	7:10	2:50	Omar A.	
16/06/20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:45	12:30	Omar A.	
16/06/20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:48	12:35	Omar A.	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
17-06-20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:30	2:00	Gimena G.	
17-06-20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	7:00	3:00	Gimena G.	
17-06-20	PUNTO DE INGRESO	7:15	7:30	Gimena G.	
17-06-20	PUNTO DE ALIMENTACION	7:45	2:00	Gimena G.	
17-06-20	AREA DE PARQUEADEROS	6:30	2:30	Omar A.	
17-06-20	AREA DE ALMACEN	6:40	12:00	Omar A.	
17-06-20	PUNTO DE ATENCION	6:59	12:58	Omar A.	
17-06-20	AREAS DE PRODUCCION	6:52	12:40	Omar A.	
17-06-20	AREA DE LAVAMANOS	7:02	1:05	Omar A.	
17-06-20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS	7:10	2:50	Omar A.	
17-06-20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:45	12:30	Omar A.	
17-06-20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:48	12:35	Omar A.	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
18-06-20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:30	2:00	Gimena G.	
18-06-20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	7:00	3:00	Gimena G.	
18-06-20	PUNTO DE INGRESO	7:15	7:30	Gimena G.	
18-06-20	PUNTO DE ALIMENTACION	7:45	2:00	Gimena G.	
18-06-20	AREA DE PARQUEADEROS	6:30	2:30	Omar Al.	
18-06-20	AREA DE ALMACEN	6:40	12:00	Omar A.	
18-06-20	PUNTO DE ATENCION	6:59	12:58	Omar A.	
18-06-20	AREAS DE PRODUCCION	6:52	12:40	Omar A.	
18-06-20	AREA DE LAVAMANOS	7:02	1:05	Omar A.	
18-06-20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS.	7:10	2:50	Omar A.	
18-06-20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:45	12:30	Omar A.	
18-06-20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:48	12:35	Omar A.	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
19-06-20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:30	2:00	Gimena G.	
19-06-20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	7:00	3:00	Gimena G.	
19-06-20	PUNTO DE INGRESO	7:15	7:30	Gimena G.	
19-06-20	PUNTO DE ALIMENTACION	7:45	2:00	Gimena G.	
19-06-20	AREA DE PARQUEADEROS	6:30	2:30	Omar A.	
19-06-20	AREA DE ALMACEN	6:40	12:00	Omar A.	
19-06-20	PUNTO DE ATENCION	6:59	12:58	Omar A.	
19-06-20	AREAS DE PRODUCCION	6:52	12:40	Omar A	
19-06-20	AREA DE LAVAMANOS	7:02	1:05	Omar A.	
19-06-20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS	7:10	2:50	Omar A.	
19-06-20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:45	12:30	Omar A.	
19-06-20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:48	12:35	Omar A.	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
20-06-2020	CAMPAMENTO DE OBRA	6:30	2:00	Gimena G.	
20-06-2020	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	7:00	3:00	Gimena G	
20-06-2020	PUNTO DE INGRESO	7:15	7:30	Gimena G.	
20-06-2020	PUNTO DE ALIMENTACION	7:45	2:00	Gimena G.	
20-06-2020	AREA DE PARQUEADEROS	6:30	2:30	Omar A.	
20-06-2020	AREA DE ALMACEN	6:40	12:00	Omar A.	
20-06-2020	PUNTO DE ATENCION	6:59	12:58	Omar A.	
20-06-2020	AREAS DE PRODUCCION	6:52	12:40	Omar A.	
20-06-2020	AREA DE LAVAMANOS	7:02	1:05	Omar A.	
20-06-2020	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS	7:10	2:50	Omar A.	
20-06-2020	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:45	12:30	Omar A.	
20-06-2020	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:48	12:35	Omar A.	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
23/06/20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:40	2:00	Gimena G.	
23/06/20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	7:00	3:00	Gimena G.	
23/06/20	PUNTO DE INGRESO	7:15	4:00	Gimena G	
23/06/20	PUNTO DE ALIMENTACION	8:45	2:00	Gimena G.	
23/06/20	AREA DE PARQUEADEROS	6:30	2:30	Omar A.	
23/06/20	AREA DE ALMACEN	6:40	12:00	Omar A.	
23/06/20	PUNTO DE ATENCION	6:59	12:58	Omar A	
23/06/20	AREAS DE PRODUCCION	6:52	12:40	Omar A	
23/06/20	AREA DE LAVAMANOS	7:02	1:05	Omar A.	
23/06/20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS	7:10	2:50	Omar A.	
23/06/20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:45	12:30	Omar A.	
23/06/20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:48	2:35	Omar A.	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
24/06/20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:30	2:00	Gimena G.	
24/06/20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	6:45	3:00	Gimena G.	
24/06/20	PUNTO DE INGRESO	7:15	4:00	Gimena G.	
24/06/20	PUNTO DE ALIMENTACION	8:50	2:10	Gimena G	
24/06/20	AREA DE PARQUEADEROS	6:30	2:30	Omar A.	
24/06/20	AREA DE ALMACEN	6:40	12:00	Omar A.	
24/06/20	PUNTO DE ATENCION	6:59	12:58	Omar A.	
24/06/20	AREAS DE PRODUCCION	6:52	12:40	Omar A.	
24/06/20	AREA DE LAVAMANOS	7:02	1:05	Omar A.	
24/06/20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS.	7:10	4:20	Omar A.	
24/06/20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:50	12:30	Omar A.	
24/06/20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:48	2:30	Omar A	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
25/06/20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:40	2:10	Gimena G	
25/06/20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	6:50	3:05	Gimena G.	
25/06/20	PUNTO DE INGRESO	7:15	4:00	Gimena G.	
25/06/20	PUNTO DE ALIMENTACION	8:50	2:15	Gimena G.	
25/06/20	AREA DE PARQUEADEROS	6:30	2:35	Omar D.	
25/06/20	AREA DE ALMACEN	6:40	12:30	Omar D.	
25/06/20	PUNTO DE ATENCION	6:59	12:58	Omar D.	
25/06/20	AREAS DE PRODUCCION	6:52	2:40	Omar D.	
25/06/20	AREA DE LAVAMANOS	7:10	1:10	Omar D.	
25/06/20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS.	7:20	4:20	Omar D.	
25/06/20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:50	12:40	Omar D	
25/06/20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:48	2:36	Omar D.	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
26/06/20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:45	2:15	Gimena G	
26/06/20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	6:55	3:10	Gimena G	
26/06/20	PUNTO DE INGRESO	7:20	4:10	Gimena G	
26/06/20	PUNTO DE ALIMENTACION	8:50	2:10	Gimena G.	
26/06/20	AREA DE PARQUEADEROS	6:30	2:35	Omar A.	
26/06/20	AREA DE ALMACEN	6:40	2:30	Omar A	
26/06/20	PUNTO DE ATENCION	6:59	12:58	Omar A	
26/06/20	AREAS DE PRODUCCION	6:52	2:40	Omar A	
26/06/20	AREA DE LAVAMANOS	7:10	1:10	Omar A	
26/06/20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS.	7:20	4:20	Omar A	
26/06/20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	6:50	12:40	Omar A.	
26/06/20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	6:58	2:36	Omar A.	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04					
FORMATO DESINFECCION DE AREAS					
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD					
DIA	AREA	HORA MAÑANA	HORA TARDE	FIRMA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD	FIRMA DE QUIEN REVISA
27/06/20	CAMPAMENTO DE OBRA	6:30	6	Gimena G	
27/06/20	ASEO BAÑO ADMINISTRACION	7:00		Gimena G	
27/06/20	PUNTO DE INGRESO	7:30		Gimena G.	
27/06/20	PUNTO DE ALIMENTACION	8:40		Gimena G.	
27/06/20	AREA DE PARQUEADEROS	6:40		Omar A.	
27/06/20	AREA DE ALMACEN	7:00		Omar A	
27/06/20	PUNTO DE ATENCION	7:45		Omar A.	
27/06/20	AREAS DE PRODUCCION	7:30		Omar A	
27/06/20	AREA DE LAVAMANOS	7:49		Omar A	
27/06/20	DESINFECCION DE HERRAMIENTAS.	7:20		Omar A	
27/06/20	AREA DE CAMPAMENTO OBRA CIVIL	7:10		Omar A	
27/06/20	AREA DE CAMPAMENTO ELECTRICOS	7:15		Omar A.	

FORMATOS PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

INTREVENTORIA

ARQUITECTURA URBANA LTDA

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Katty Andrea Farfan A., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Ing Civil Prof Apoyo, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 01 de 06 de 2020

NOMBRE: Katty Andrea Farfan A.

CEDULA: 1101.146.000

CARGO: Ing Civil Prof Apoyo

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 01 | 06 | 2020 a 07 | 06 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Kathy Andrea Farfán Arias
CEDULA DE CIUDADANIA	1.031.146.000
EDAD	27
CARGO	Ing Civil Prof Apoyo
CELULAR	3132155037
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Ismelda Arias
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3215065524
DIRECCION DE RESIDENCIA	Dg 67 B Sur No 28-21

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	35	05:00	05,00	36,1	35,8	05:00	35,2	05:00	36,3	05:00	35,2	12:00		
8. Temperatura entrada	08:00	36,0	08:00	34,0	34,1	08:00	35,1	08:00	35,3	08:00	36,6	08:00		

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA Y LUA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Gyson Fernando Zambrano trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Conductor Aux admi, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa, me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, __ de ____ de 2020

NOMBRE: Gyson Fernando Zambrano

CEDULA: 80928100

CARGO: Conductor Aux administrativo

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 1 | 06 | 20 a 6 | 06 | 20

NOMBRE COMPLETO	Elyson Fernando Tombiano Perez
CEDULA DE CIUDADANIA	80928100
EDAD	34
CARGO	Conductor Auxiliar Administrativo
CELULAR	3158922087
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Yoana Pulido
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3163605655
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cr 97c 71sur 30

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36°	17:00	36.1°	17:00	36.1°	17:00	36°	17:00	36°	17:00	35.1°	9:30		
8. Temperatura entrada	35.1°	8:30	36°	8:00	35.2	8:00	35.1°	8:00	35.1°	8:00	33.4	8:00		

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los síntomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los síntomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable del SST

Fernando Forero V.

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Diana Catherine Morales V trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Profesional SST, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 01 de 06 de 2020

NOMBRE: Diana C Morales V

CEDULA: 1026572178

CARGO: Profesional SST

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana | 01 | 06 | 20 | a | 6 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Diana Catherine Morales V.
CEDULA DE CIUDADANIA	1026572178
EDAD	28 años
CARGO	Profesional de seguridad y salud
CELULAR	3187607271
EPS	Famisanar.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Aida Liz Velasquez
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3152411156.
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cra 7 este

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36	8:00	36,02	11:00	36	8:00	36,1	8:00	36	8:00	36,2	8:00		
8. Temperatura entrada	36,2	5:00	36	5:00	36,1	5:00	36	5:00	36,1	5:00	36,0	12:00		

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) dias ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Paula Morales A, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de R. Administrativa, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 2 de 06 de 2020

NOMBRE: Paula Morales Sanchez.

CEDULA: 52'959.013

CARGO: R. Admi

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana | 1 | 06 | 2020 | a | 5 | 06 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Paola Morales A.
CEDULA DE CIUDADANIA	52'959.013
EDAD	35
CARGO	R Admi
CELULAR	3164688281
EPS	Compensar.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Freddy Acosta C.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3154633634
DIRECCION DE RESIDENCIA	Kr 1 # 6-80 Km-20 Via Madrid

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		X
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		X
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		X
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		X
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		X
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		X
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		X

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		X
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		X
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		X
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		X
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		X
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		X
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36°C		36°C											
8. Temperatura entrada	36°C		36°C											

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		X
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		X
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		X
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		X
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		X
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		X

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

	FORMATO DE HERRAMIENTA MENOR COVID-19	CODIGO	SST-FT-053
		VERSION	1

DÍA DE LA SEMANA	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
FECHA:												
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Limpió la herramienta menor con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?			X									
¿Utilizó solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para trapear el piso?			X									
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, las herramientas menores que tenga contacto constante con las manos?			X									
¿Dispuso los elementos usados para la limpieza y desinfección en las canecas de residuos solidos?			X									
¿Limpió el área de almacenamiento de las herramientas menores con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?			X									
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, las herramientas menores que tenga contacto constante con las manos?			X									
OBSERVACIONES:												
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:												
FIRMA:												

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo HELIODORO DAZA HELMO, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de DIRECTOR PROYECTOS, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que. durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 1 de 06 de 2020

NOMBRE: HELIODORO DAZA HELMO

CEDULA: 18.939.069

CARGO: DIRECTOR PROYECTOS

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 01 | 06 | 2020 a 07 | 06 | 2020

NOMBRE COMPLETO	HERNANDO DATA HERRERA
CEDULA DE CIUDADANIA	19 929.069
EDAD	57
CARGO	DIRECTOR PROYECTOS
CELULAR	313-3534942
EPS	COMPENSAR
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	CARMEN ALICIA VALENCIA
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	313 2637658
DIRECCION DE RESIDENCIA	CALLE 95 Nº 73-75 APTO 703

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X						
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X						
3. Enfermedad renal		X		X		X		X						
4. Diabetes		X		X		X		X						
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X						
6. Embarazada		X		X		X		X						
7. EPOC	X		X		X		X							

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X						
2. Secreción nasal		X		X		X		X						
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X						
4. Dolor de garganta		X		X		X		X						
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X						
6. Malestar general		X		X		X		X						
7. Diarrea		X		X		X		X						
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada	36.1	9.00.	36.1	900	36.1	9.12	36.0	4.00						

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) dias ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X						
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X						
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X						
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X						
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X						
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X						

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA Y LUX	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Juan Carlos Bucreño, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quien desempeña el cargo de Mux SST, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 01 de 06 de 2020

NOMBRE: Juan Carlos Bucreño

CEDULA: 79384138

CARGO: Mux. SST

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 01 | 06 | 2020 a 07 | 06 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Juan Carlos Bilceñs
CEDULA DE CIUDADANIA	79.389.138
EDAD	53
CARGO	Aux. SST
CELULAR	3143967645
EPS	Salud Total
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Blanca Leonor Bilceñs
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3207188392
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 6 Bis # 90A-50 ap 403 T 2 c

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial	X		X		X		X		X		X			
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	35.1	5 pm	35.2	5 pm	35.1	5. Pm	35.1	5 pm	36.	5 pm	36.0c	1200		
8. Temperatura entrada	36.0c	6. am	35.1	7.50	35.2	7.50	35.4	7.50	36.1	7.50	36.1	8.00		

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

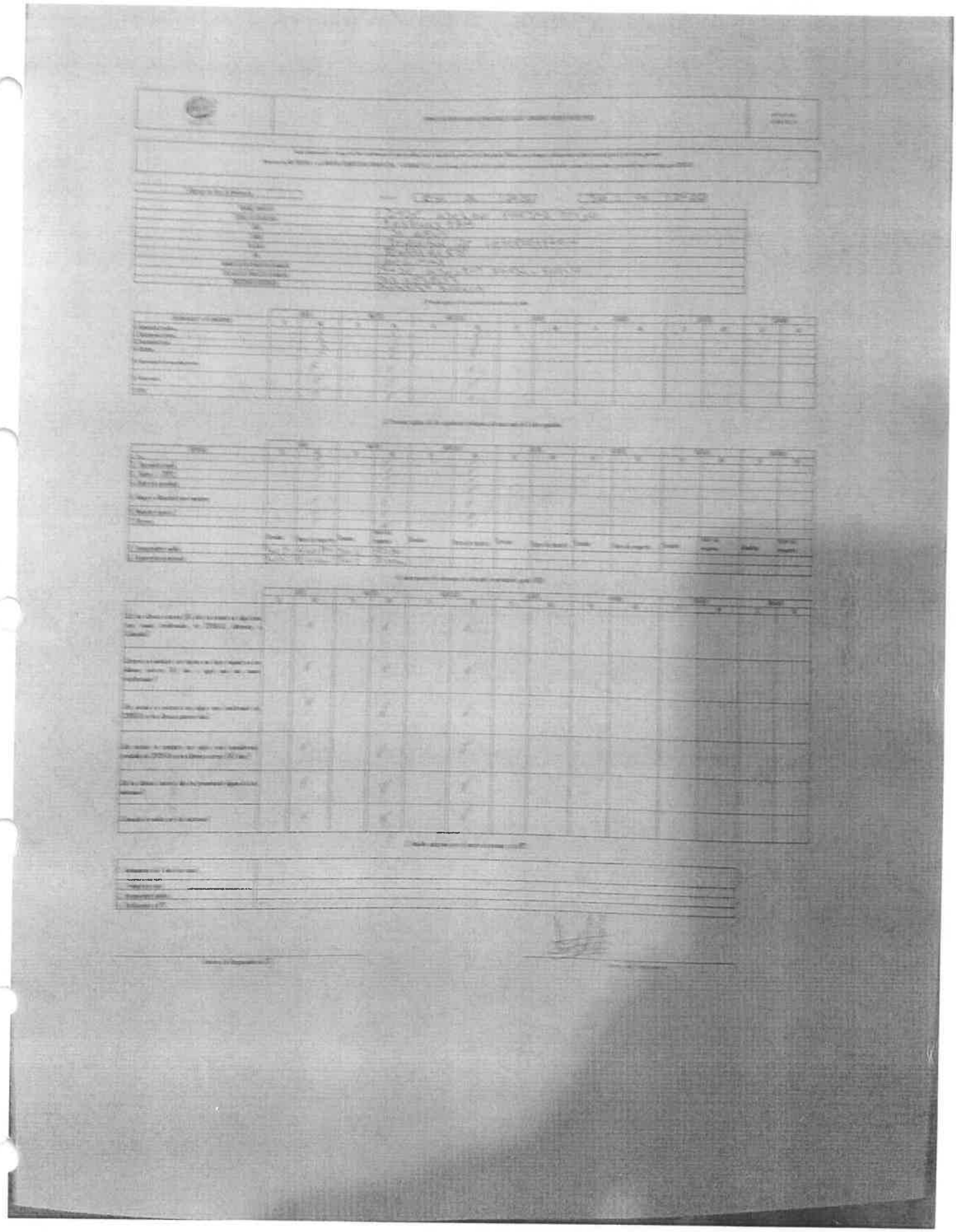
5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA.. Y AURBANA S.A.S.. para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 8 6 2020 a 13 6 2020

NOMBRE COMPLETO	FERNANDO AGUIRRE MEDINA
CEDULA DE CIUDADANIA	7182768
EDAD	37
CARGO	RESIDENTE INTERVENTORIA
CELULAR	3103379610
EPS	SANITAS
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	LOREN MELO
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	1049610338
DIRECCION DE RESIDENCIA	CALLE 167 No 48-44

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada														
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos	X			X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar	X			X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36.2	8:00 a. m.	35.8	8:00 a. m.	35.8	8:00 a. m.	36.0	8:00 a. m.	35.8	8:00 a. m.	35.8	8:00 a. m.		
8. Temperatura entrada	35.8	5:00 p. m.	36.3	5:00 p. m.	36.1	4:00 p. m.	35.6	4:35 p. m.	35.3	5:00 p. m.	36.1	12:00 p. m.		

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?	X			X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 14 días (en casa)	AISLAMIENTO PREVENTIVO POR 14 DIAS DESDE 04-06-2020 HASTA 21-06-2020
2. Trabajo en casa	X
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	X

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Fernando Tambrano T., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Conductor Auxiliar, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19,** me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia. __ de ____ de 2020

NOMBRE: Fernando Tambrano T.

CEDULA: 80928100

CARGO: Conductor Auxiliar Admi

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 8 | 06 | 20 a 13 | 06 | 20

NOMBRE COMPLETO	Cesar Fernando Tamboro Tolosa
CEDULA DE CIUDADANIA	8097.8100
EDAD	34
CARGO	Conductor Auxiliar Administrativo
CELULAR	3158972087
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Yoana Pulido
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3163603655
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cr 97c 71 sur 30

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIÉRCOLES SI	MIÉRCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SÁBADO SI	SÁBADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		V		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X				X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X	X		X			X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	35.4	17:00	35.4°	17:00	36.1°	17:00	35°	17:00	36.4	17:00	36.1	17:00		
8. Temperatura entrada	35.1°	8:00	34.8°	8:00	35.4	8:00	35.1	8:00	36.1	8:00	35.4	8:00		

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Fernando Fontalvo

Firma del funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Katty Andrea Fargán A., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quien desempeña el cargo de Ing Civil Prof Apoyo, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa, me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia 08 de 06 de 2020

NOMBRE: Katty Andrea Fargán A.

CEDULA: 1'031. 146. 000

CARGO: Ing Civil Prof Apoyo

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 08 | 06 | 2020 a 14 | 06 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Lolitty Andrea Forgeiro Arias
CEDULA DE CIUDADANIA	1'031. 146 000
EDAD	27
CARGO	3132158034
CELULAR	Ing Civil, Prof Apoyo
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Isnelda Arias
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3215065524
DIRECCION DE RESIDENCIA	DG 67 B Sur No 28-21

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIÉRCOLES SI	MIÉRCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SÁBADO SI	SÁBADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36,2	17:00	36,1	05:00	36,1	17:00	36,0	17:00	36,2	17:00	37,1	17:00		
8. Temperatura entrada	36	08:00	35,3	08:00	35,3	08:00	36,0	08:00	35,5	08:00	35,0	08:00		

	MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X				
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Diana C Morales Y, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Profesional SST, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 8 de 06 de 2020

NOMBRE: Diana C Morales Y

CEDULA: 1026572178

CARGO: profesional SSTA

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA.. Y AURBANA S.A.S.. para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 8 | 06 | 20 a 13 | 06 | 20

NOMBRE COMPLETO	Diana Catherine Morales Y
CEDULA DE CIUDADANIA	1026572178
EDAD	28
CARGO	Prof Amb y SST
CELULAR	3187607271
EPS	Famisanar.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Aida Liz Velasquez
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3152411156.
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cra 7 este # 32 C 51

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC		X		X		X		X		X				

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X				
6. Malestar general		X		X		X		X		X				
7. Diarrea		X		X		X		X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36.	8:00	36,2	8:00	36,1	8:00	36,1	3:00	36,1	8:00				
8. Temperatura entrada	36	5:00	36	5:00	36,1	5:00	36,1	5:00	36,3	12:00				

	MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X				
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:

CARGO:

FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Diana Colorado Y

CARGO: profesta

CEDULA: 1026572178

PROYECTO/ÁREA: O. Luna.

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periódica establecida) 2 DESBASTE (Reposición por desgaste del elemento) 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	Tapabocas MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	
8-06-20					X				X																								
9-06-20									X																								
10-06-20									X																								
11-06-20									X																								
12-06-20									X																								

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físic psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

1391

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 8 6 2020 a 12 6 2020

NOMBRE COMPLETO	PAULA FERNANDA MORALES SANCHEZ
CEDULA DE CIUDADANIA	52.959.013
EDAD	36
CARGO	RESIDENTE ADMINISTRATIVA
CELULAR	3164688281
EPS	COMPENSAR
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	FREDDY ACOSTA CASTILLO
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3154633634
DIRECCION DE RESIDENCIA	KR 1 no 6-80 KM 20 VIA MADRID CUNDINAMARCA

2. Presenta alguna de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdeprusores		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC		X		X		X		X		X				

3. Presenta alguno de los siguientes sintomas, durante mas de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X	X			X	X					
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X				
6. Malestar general		X		X	X			X		X				
7. Diarrea		X		X	X			X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36	9.00	36	8 30	36	9.00	36	9 30	36	9 00	36	9 00	36	9 00
8. Temperatura entrada	36	4.00	36	4.00	36	4 00	36	4.00	36	4.00	36	4 00	36	4.00

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en los últimos catorce (14) días?	X		X		X		X		X					
¿En los ultimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?	X		X		X		X		X					
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad medica	
4. Notificación a EPS	

Nombre Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Paulo F. Morales A., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quien desempeña el cargo de R. Administ, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa, me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 9 de 06 de 2020

NOMBRE: Paulo Morales Sanchez

CEDULA: 52'959 013 Bté

CARGO: R. Administrativa

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoció prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 8 | 06 | 20 a 14 | 06 | 20

NOMBRE COMPLETO	Paola Andrea Sanchez
CEDULA DE CIUDADANIA	52.959.013
EDAD	35
CARGO	R. Administrativa.
CELULAR	3164688281
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Freddy Acosta Castillo
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3154633634
DIRECCION DE RESIDENCIA	

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X										
2. Hipertensión arterial		X		X										
3. Enfermedad renal		X		X										
4. Diabetes		X		X										
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X										
6. Embarazada		X		X										
7. EPOC		X		X										

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos			X											
2. Secreción nasal				X										
3. Fiebre (≥ 38°C)				X										
4. Dolor de garganta			X											
5. Ahogo o dificultad para respirar			X											
6. Malestar general				X										
7. Diarrea			X											
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			36.2											
8. Temperatura entrada			36.2											

¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X											
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X											
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X											
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X											
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los síntomas?				X											
¿Consulto al medico por los síntomas?				X											

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Juan Carlos Bucceño, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quien desempeña el cargo de Aux SST, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa, me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 15 de 06 de 2020

NOMBRE: Juan Carlos Bucceño

CEDULA: 79389138

CARGO: Aux SST

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para l de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoc prevención frente al contagio por COVID-19

VERSION

1. Diligencie los datos de identificación

semana 8 | 06 | 2020 a 14 | 06 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Juan Carlos Bucheli
CEDULA DE CIUDADANIA	79389138
EDAD	54
CARGO	Nivel SST
CELULAR	3143967645
EPS	Salud total
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Blanca Leonor Bucheli
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3202158392
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 6 Bis No 40A-50 Ap 403 Te 20

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		V		X		X		
2. Hipertensión arterial	X		X	X	X		X		X		X			
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		

	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36	5 PM	35.1	5 PM	35.1	5 PM	35.1	5 PM	35.1	5 PM	36.1	12 PM		
8. Temperatura entrada	36.1	900	35.1	7.50	35.1	6 am	36.1	6 am	36.1	6 am	36.1	8 AM		

En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		✓		X		X				
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X				

5. Medida adopteda por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Hernando Daza Beltrán, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Representante legal de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia. 8 de 06. de 2020

NOMBRE: HERNANDO DAZA BELTRÁN

CEDULA: 79.939.064

CARGO: DIRECTOR PROYECTOS

VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 8 | 06 | 20 a 18 | 06 | 20

NOMBRE COMPLETO	Hernando Daza Bermo
CEDULA DE CIUDADANIA	18.939.069
EDAD	56
CARGO	Director obra - Rep-legal
CELULAR	3133534942
EPS	
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Carmen Valencia
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3132637618.
DIRECCION DE RESIDENCIA	

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC	X		X		X		X		X					

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar	X		X		X		X		X					
6. Malestar general		X		X				X		X				
7. Diarrea		X		X				X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	35.2	8:30	36.1	8:30										
8. Temperatura entrada	36.1	1 pm	36.1	12 pm	36.2	9 am	36.1	9 am	36.1	9 am				

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X				
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		C		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo HERNANDO DAZA BERNAL, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Director Intervantoria, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa, me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 15 de 06 de 2020

NOMBRE: HERNANDO DAZA BERNAL

CEDULA: 19.939.069

CARGO: DIRECTOR PROYECTOS

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 15 | 06 | 2020 a 21 | 06 | 2020

NOMBRE COMPLETO	HERIBERTO DAZA OTERO
CEDULA DE CIUDADANIA	88.939.064
EDAD	57
CARGO	DIRECTOR PROYECTOS
CELULAR	313-3539912
EPS	COMPENSAR
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	CARMEN VALENCIA
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	313-2637658
DIRECCION DE RESIDENCIA	CALLE 95 Nº 72-75 . APTO 703

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC	X		X		X		X		X					

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X				
6. Malestar general		X		X		X		X		X				
7. Diarrea		X		X		X		X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada	36.	6am	36.1	9am	36.1	8am	36	9am	36.	8.16				

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		✓				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		✓		✓				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		✓		✓				
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		✓		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Juan Carlos Buceño, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Aux SST, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa, me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia. 16 de 06 de 2020

NOMBRE: Juan Carlos Buceño

CEDULA: 79.384.136

CARGO: Aux. SST

La información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA. Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoció prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 15 | 06 | 20XX a 21 | 06 | 20XX

NOMBRE COMPLETO	Juan Carlos Bucero
CEDULA DE CIUDADANIA	79.349.135
EDAD	54
CARGO	Risk SST
CELULAR	3143967645
EPS	Salud Total
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Blanca Leonor Bucero
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	
DIRECCION DE RESIDENCIA	Valle 6 Bic # 900-50 - MP-483 Torre 20

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIÉRCOLES SI	MIÉRCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SÁBADO SI	SÁBADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial	X		X		X		X		X					
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC		X		X		X		X		X				

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X				
6. Malestar general		X		X		X		X		X				
7. Diarrea		X		X		X		X		X				

	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36.	5pm	36.2	5pm	36.1	5pm	36.2	5pm						
8. Temperatura entrada	36.1	6am	36.1	6am	36.	6am	35.2	6am	36.1	6am				

¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X					
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X					
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X					
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X					
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X					
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X					

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: Juan Carlos Bucero

CARGO: Aux. SST

FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan Carlos Bucero

CARGO: Aux. SST

CEDULA: 74389138

PROYECTO/ÁREA: Oficina - Inventario

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periódica establecida) 2 DESBASTE (Reposición por desgaste del elemento) 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o pérdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES ENTRIZADA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	
16-06-2022											X																						

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar f
psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

1408

	FORMATO DE HERRAMIENTA MENOR COVID-19	CODIGO	SST-FT-053
		VERSION	1

DÍA DE LA SEMANA	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
FECHA:			16-06-2020		17-06-2020		18-06-2020		19-06-2020		20-06-2020	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Limpió la herramienta menor con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?			✓		✓		✓		✓		✓	
¿Utilizó solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para trapear el piso?				N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, las herramientas menores que tenga contacto constante con las manos?			✓		✓		✓		✓		✓	
¿Dispuso los elementos usados para la limpieza y desinfección en las canecas de residuos solidos?			✓		✓		✓		✓		✓	
¿Limpió el área de almacenamiento de las herramientas menores con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?			✓		✓		✓		✓		✓	
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, las herramientas menores que tenga contacto constante con las manos?			✓		✓		✓		✓		✓	
OBSERVACIONES:			PUESTO DE TRABAJO		PUESTO DE TRABAJO		PUESTO DE TRABAJO		PUESTO DE TRABAJO		PUESTO DE TRABAJO	
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:			Juan Carlos Bucurú		J.C.B		J.C.B		J.C.B		J.C.B	
FIRMA:												

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Fernando Zambrano V., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quien desempeña el cargo de Conductor Aux Adm de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, __ de ____ de 2020

NOMBRE: Fernando Zambrano V.

CEDULA: 80928700

CARGO: Conductor Auxiliar Administrativo

	FORMATO DE REPORTE DIARID DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 16 | 06 | 20 a 20 | 06 | 20

NOMBRE COMPLETO	Cyson Fernando Timbres Velez
CEDULA DE CIUDADANIA	80928100
EDAD	34
CARGO	Conductor Auxiliar Administrativo
CELULAR	3158922087
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Yoana Pulido
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3163805655
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cr 97c 71 sur 30

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial				X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal				X		X		X		X		X		
4. Diabetes				X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X		X		X		X		X		
6. Embarazada				X		X		X		X		X		
7. EPOC				X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal				X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)				X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta				X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar				X		X		X		X		X		
6. Malestar general				X		X		X		X		X		
7. Diarrea				X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			36.	17:00	36.1	17:00	36.2	17:00	36.1	17:00	36.1	17:00		
8. Temperatura entrada			36.1	8:00	36.4	8:00	35.1	8:00	36.1	8:00	35.4	8:00		

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?				X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Fernando Fandiño

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA Y LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Diana Catherine Morales Velásquez, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Profesional SST., de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa, me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 8 de 05 de 2020

NOMBRE: Diana Catherine Morales Velásquez

CEDULA: 1026572488

CARGO: Profesional SST

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 16 | 05 | 20 a 21 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Dana Catherine Morales Velasquez
CEDULA DE CIUDADANIA	1026572978
EDAD	29 años
CARGO	Profesional SST
CELULAR	3187607271
EPS	Famisanar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Aida Liz Velasquez
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3152911156.
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cra 7 este # 32 051

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X										
2. Hipertensión arterial				X										
3. Enfermedad renal				X										
4. Diabetes				X										
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X										
6. Embarazada				X										
7. EPOC				X										

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X										
2. Secreción nasal				X										
3. Fiebre (≥ 38°C)				X										
4. Dolor de garganta				X										
5. Ahogo o dificultad para respirar				X										
6. Malestar general			X											
7. Diarrea				X										
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada			36,1	8:00										

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				A										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				A										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				A										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				A										
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				A										
¿Consulto al medico por los sintomas?				A										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

* A las 4:30 pm del 17 de junio 2020, presente dolor de cabeza.

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Katty A. Fargan A., trabajador de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quien desempeña el cargo de Ing Civil Prof Apoyo de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa, me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C.** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 16 de 06 de 2020

NOMBRE: Katty Andrea Fargan A

CEDULA: 1'031.146.000

CARGO: Ing Civil Prof Apoyo

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoció prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 15 | 06 | 2020 a 21 | 06 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Kathy Andrea Tarazon Arias
CEDULA DE CIUDADANIA	1.111.031.146.000
EDAD	27
CARGO	Ing Civil Prof Apoyo
CELULAR	3132158034
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO D FAMILIAR	Isneida Arias Rojas
CELULAR DEL CONTACTO D FAMILIAR	3215065524
DIRECCION DE RESIDENCIA	Dg 67 B Sur No 28-21

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIÉRCOLES SI	MIÉRCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SÁBADO SI	SÁBADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Tos				X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal				X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)				X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta				X	X			X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar				X		X		X		X		X		
6. Malestar general				X		X		X		X		X		
7. Diarrea				X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			35,8	17:00	35,1	17:00	36,0	12:00	36,1	12:00	35,4	12:00		
8. Temperatura entrada			36,0	08:00	33,7	08:00	34,8	08:00	35,2	08:00	35,2	08:00		

¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		SI	N.
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X			
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X			
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X			
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los síntomas?		X		X		X		X		X		X			
¿Consulto al medico por los síntomas?		X		X		X		X		X		X			

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: | CARGO: | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Kathy A. Forgán A | CARGO: Ing Civil | CEDULA: 1'031,146.000 | PROYECTO/AREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periódica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o pérdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES		DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	
16-06-20							1																									
17-06-20							X																									
18-06-20							X																									
19-06-20							X																									
20-06-20							2																									

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

	FORMATO DE HERRAMIENTA MENOR COVID-19	CODIGO	SST-FT-053
		VERSION	1

DÍA DE LA SEMANA	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
FECHA:	15-06-20		16-06-20		17-06-20		18-06-20		19-06-20		20-06-20	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Limpió la herramienta menor con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?	X		X		X		X		X		X	
¿Utilizó solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para trapear el piso?	—	—	o	—	—	o	—	—	—	o	—	—
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, las herramientas menores que tenga contacto constante con las manos?	X		X		X		X		X		X	
¿Dispuso los elementos usados para la limpieza y desinfección en las canecas de residuos solidos?	X		X		X		X		X		X	
¿Limpió el área de almacenamiento de las herramientas menores con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?	—	o	—	—	o	—	—	o	—	—	o	—
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, las herramientas menores que tenga contacto constante con las manos?	X		X		X		X		X		X	
OBSERVACIONES:	Puesto d Trabajo Equipo		Puesto d Trabajo Equipo		Puesto d Trabajo Equipo		Puesto d Trabajo Equipo		Puesto d Trabajo Equipo		Puesto d Trabajo Equipo	
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:	Kathy F		Kathy F		Kathy F		Kathy F		Kathy F		Kathy F	
FIRMA:												

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Paula F. Morales A., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quien desempeña el cargo de R. Administrativa, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa, me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C.** para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y asi recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 30 de 06 de 2020

NOMBRE: Paula F. Morales Sanchez

CEDULA: 52'959.013 Btá

CARGO: R. Administrativa

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA. Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoc prevención frente al contagio por COVID-19

VERSION

1. Diligencie los datos de identificación

semana 29 | 06 | 2020 a 3 | 07 | 2020.

NOMBRE COMPLETO	Paula T. Morales Sanchez
CEDULA DE CIUDADANIA	52'959.013
EDAD	36.
CARGO	R. Administrativa.
CELULAR	3164688281
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Freddy A. Acosta Castillo.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3164688281
DIRECCION DE RESIDENCIA	Kr 1 # 6-80 Km 20 Vic Madrid

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIÉRCOLES SI	MIÉRCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SÁBADO SI	SÁBADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC		X		X		X		X		X				

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X				
6. Malestar general		X		X		X		X		X				
7. Diarrea		X		X		X		X		X				

	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida		36	36		36		36.5		36.2	10:00				
8. Temperatura entrada		36	35.4	8:30	36		36.4							

¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?																			
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?																			
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?																			
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?																			
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?																			
¿Consulto al medico por los sintomas?																			

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en case	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Diana C Morales J, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Prof SST A, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia. 23 de 06 de 2020

NOMBRE: Diana C. Morales J

CEDULA: 1026572178

CARGO: Prof SST A

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoci prevención frente al contagio por COVID-19

VERSION

1. Diligencie los datos de identificación

semana 23 | 06 | 20 a 27 | 06 | 20

NOMBRE COMPLETO	Diana C Morales Y
CEDULA DE CIUDADANIA	1026572178
EDAD	28
CARGO	Profesional SST A
CELULAR	3187607271
EPS	Famisanar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Aida Liz Velasquez
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3152411156.
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cra 7 este # 32 c 51

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIÉRCOLES SI	MIÉRCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SÁBADO SI	SÁBADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Enfermedad cardiaca				X		X		X				X		
2. Hipertensión arterial				X		X		X				X		
3. Enfermedad renal				X		X		X				X		
4. Diabetes				X		X		X				X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X		X		X				X		
6. Embarazada				X		X		X				X		
7. EPOC				X		X		X				X		

* Dolor cabeza X

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Tos				X		X		X				X		
2. Secreción nasal				X		X		X				X		
3. Fiebre (≥ 38°C)				X		X		X				X		
4. Dolor de garganta				X		X		X				X		
5. Ahogo o dificultad para respirar				X		X		X				X		
6. Malestar general				X		X		X				X		
7. Diarrea				X		X		X				X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			36,0	5:00	36	5:00						12:00		
8. Temperatura entrada			35,4	8:00	36,2	8:00	36,2	8:00			36,1	8:00		

				NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NI
¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X		X		X								
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X		X		X						X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X		X		X						X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X		X		X						X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				X		X		X						X		
¿Consulto al medico por los sintomas?				X		X		X						X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Diana Morales V.

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:

CARGO:

FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Diana Catherine Morales V.

CARGO: Prof Amb

CEDULA: 1026572178

PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) 2 DESGASTE (Reposición por deterioro del elemento) 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN R
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	Removedor MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	
23/06/20									X																								
24/06/20									X																								

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar f
psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Kathy Andrea Forero A., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quien desempeña el cargo de Ing Civil Proj Apoyo, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 23 de 06 de 2020

NOMBRE: Kathy Andrea Forero A

CEDULA: 1031. 146. 000

CARGO: Proj Ing. Civil

	FORMATO DE REPORTE DIARID DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 22/06/2020 a 28/06/2020

NOMBRE COMPLETO	Kattu Andreq Fargán Arias
CEDULA DE CIUDADANIA	1'031.146.000
EDAD	27
CARGO	Ing Civil Prof Apap
CELULAR	3132158034
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Isneda Arias
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3215065524
DIRECCION DE RESIDENCIA	Dg 67 B Sur No 28-21

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial				X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal				X		X		X		X		X		
4. Diabetes				X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X		X		X		X		X		
6. Embarazada				X		X		X		X		X		
7. EPOC				X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal			X			X	X		X		X			
3. Fiebre (≥ 38°C)				X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta				X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar				X		X		X		X		X		
6. Malestar general				X		X		X		X		X		
7. Diarrea				X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			36	1700	36,0	1700	36,2	1700	36,2	1700	36,0	1200		
8. Temperatura entrada			34,7	0800	35,8	0800	36,1	0800	36,1	0800	36,1	0800		

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?				X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

	FORMATO DE HERRAMIENTA MENOR COVID-19	CODIGO	SST-FT-053
		VERSION	1

DÍA DE LA SEMANA	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
FECHA:												
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Limpió la herramienta menor con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?			X		X		X		X		X	
¿Utilizó solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para trapear el piso?			o						o			
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, las herramientas menores que tenga contacto constante con las manos?			X		X		X		X			
¿Dispuso los elementos usados para la limpieza y desinfección en las canecas de residuos solidos?			X		X		X		X		X	
¿Limpió el área de almacenamiento de las herramientas menores con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?		o					X		X		X	
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, las herramientas menores que tenga contacto constante con las manos?			X		X			o				
OBSERVACIONES:		Resto d Trabajo Equipo Kathy ±		Resto d Trabajo Equipo Kathy ±		Resto d Trabajo Equipo Kathy ±		X Resto d Trabajo Equipo Kathy ±		X Resto d Trabajo Equipo Kathy ±		
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:												
FIRMA:												

ARQUITECTURA URBANA Y LIDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Hernando Diaz Bermo, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.** quien desempeña el cargo de Director Proyectos, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia 23 de 06 de 2020

NOMBRE: HERNANDO DIAZ BERMO

CEDULA: 18.939.069

CARGO: DIRECTOR PROYECTOS

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 22 | 06 | 20 a 28 | 06 | 20

NOMBRE COMPLETO	Hernando Daza Romero
CEDULA DE CIUDADANIA	18 939 069
EDAD	56
CARGO	Director de Proyectos
CELULAR	313 353 4942
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Carmen Valencia
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	312 263 7658
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 95 N 71 75 Apt 703

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC	X		X		X		X		X					

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos														
2. Secreción nasal														
3. Fiebre (≥ 38°C)														
4. Dolor de garganta														
5. Ahogo o dificultad para respirar														
6. Malestar general														
7. Diarrea														
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada	36,2	8:00	36,2	9:00	36,4	8:00	36,2	8:00	36,4	8:00				

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19. diferente a Colombia?		X		X		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X				
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

	FORMATO DE LIMPIEZA DE OFICINAS COVID-19	CODIGO	SST-FT-050
		VERSION	1

25. 06. 2020

DÍA DE LA SEMANA	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
FECHA:												
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Limpió el polvo con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?							/					
¿Barrió el piso, detrás de las sillas y mobiliario en general?							/					
¿Utilizó solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para trapear el piso?							/					
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, los muebles, perillas de las puertas, escritorios, mouse, computadores, teléfonos, barandas de escaleras, descansa brazos de sillas, mesas de auditorios, paneles de fotocopiadoras, interruptores o cualquier otra superficie que tenga contacto constante con las manos?							/					
¿Retiró y reemplazó la bolsas de residuos?							SI					
OBSERVACIONES:												
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:							[illegible]					
FIRMA:							[illegible]					

	FORMATO DE LIMPIEZA DE OFICINAS COVID-19	CODIGO	SST-FT-050
		VERSION	1

18. 06. 2026

DÍA DE LA SEMANA	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
FECHA:												
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Limpió el polvo con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?							✓					
¿Barrió el piso, detrás de las sillas y mobiliario en general?							✓					
¿Utilizó solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para trapear el piso?							✓					
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, los muebles, perillas de las puertas, escritorios, mouse, computadores, teléfonos, barandas de escaleras, descansa brazos de sillas, mesas de auditorios, paneles de fotocopiadoras, interruptores o cualquier otra superficie que tenga contacto constante con las manos?							SI					
¿Retiró y reemplazó la bolsas de residuos?							SI					
OBSERVACIONES:												
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:							Nelly					
FIRMA:												

	FORMATO DE LIMPIEZA DE OFICINAS COVID-19	CODIGO	SST-FT-050
		VERSION	1

10.06.2020 13.06.2020

DÍA DE LA SEMANA	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
FECHA:												
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Limpió el polvo con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?					X						✓	
¿Barrió el piso, detrás de las sillas y mobiliario en general?					X						✓	
¿Utilizó solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para trapear el piso?					X						✓	
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, los muebles, perillas de las puertas, escritorios, mouse, computadores, teléfonos, barandas de escaleras, descansa brazos de sillas, mesas de auditorios, paneles de fotocopiadoras, interruptores o cualquier otra superficie que tenga contacto constante con las manos?					X						X	
¿Retiró y reemplazó la bolsas de residuos?					SI						SI	
OBSERVACIONES:												
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:					[illegible]						[illegible]	
FIRMA:					[illegible]							

	FORMATO DE LIMPIEZA DE OFICINAS COVID-19	CODIGO	SST-FT-050
		VERSION	1

02 - 06 - 2020

DÍA DE LA SEMANA	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
FECHA:												
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Limpió el polvo con paño húmedo, utilizando la técnica de arrastre, según lo indica el protocolo de limpieza?			✓								S	
¿Barrió el piso, detrás de las sillas y mobiliario en general?			✓								✓	
¿Utilizó solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para trapear el piso?			✓								✓	
¿Limpió con paño húmedo con sustancia que contengan alcohol en una proporción igual o superior al 70%, los muebles, perillas de las puertas, escritorios, mouse, computadores, teléfonos, barandas de escaleras, descansa brazos de sillas, mesas de auditorios, paneles de fotocopiadoras, interruptores o cualquier otra superficie que tenga contacto constante con las manos?			✓								S	
¿Retiró y reemplazó la bolsas de residuos?			Si								Si	
OBSERVACIONES:												
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:			[illegible]								[illegible]	
FIRMA:			[illegible]									

	FORMATO DE LIMPIEZA DE BAÑOS COVID-19	CODIGO	SST-FT-054
		VERSION	1

25. 06. 2020

BAÑO	UBICACIÓN											
FECHA:	D:		M:		A:		PERIODO				HORA	
CALIFIQUE: MALO (M) REGULAR ® BUENO (B)	PISOS	PAREDES	TECHOS	SANITARIOS	PAPEL HIGIENICO	CANECAS	LAVAMANOS	ESPEJOS	JABON MANOS	GEL ANTIBACTERIAL	OBSERVACIONES	
impió las áreas, según lo indica el protocolo de limpieza?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
so los elementos destinados para el lavado de baños?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Utiliza solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para la infección de lavamanos, sanitario, pisos y paredes?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Retiró y reemplazó la bolsas de residuos?	SI											
OMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:												
FIRMA:												
MBRE DEL PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Diana Morales											
FIRMA:												

1439

	FORMATO DE LIMPIEZA DE BAÑOS COVID-19	CODIGO	SST-FT-054
		VERSION	1

IB. 06 - 7080

BAÑO	UBICACIÓN											
FECHA:	D:		M:		A:		PERIODO				HORA	
CALIFIQUE: MALO (M) REGULAR ® BUENO (B)	PISOS	PAREDES	TECHOS	SANITARIOS	PAPEL HIGIENICO	CANECAS	LAVAMANOS	ESPEJOS	JABON MANOS	GEL ANTIBACTERIAL	OBSERVACIONES	
¿Limpió las áreas, según lo indica el protocolo de limpieza?	✓	—	—	—	—	✓	—	—	—	—		
¿Uso los elementos destinados para el lavado de baños?	✓	✓	—	✓	✓	—	✓	✓	—			
¿Utilizó solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para la desinfección de lavamanos, sanitario, pisos y paredes?	✓	✓	—	—	—	—	—	—	—	—		
¿Retiró y reemplazó la bolsas de residuos?	SI											
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:												
FIRMA:												
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Dora Morales											
FIRMA:												

1440

	FORMATO DE LIMPIEZA DE BAÑOS COVID-19	CODIGO	SST-FT-054
		VERSION	1

13-04

BAÑO	UBICACIÓN											
FECHA:	D:		M:		A:		PERIODO				HORA	
CALIFIQUE: MALO (M) REGULAR (R) BUENO (B)	PISOS	PAREDES	TECHOS	SANITARIOS	PAPEL HIGIENICO	CANECAS	LAVAMANOS	ESPEJOS	JABON MANOS	GEL ANTIBACTERIAL	OBSERVACIONES	
mpió las áreas, según lo indica el protocolo de limpieza?	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~		
so los elementos destinados para el lavado de baños?	~	~	~	~								
Utilizó solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para la infección de lavamanos, sanitario, pisos y paredes?	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~		
Retiró y reemplazó la bolsas de residuos?	~	SI										
OMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:												
FIRMA:												
MBRE DEL PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Diana Morales											
FIRMA:												

1441

	FORMATO DE LIMPIEZA DE BAÑOS COVID-19	CODIGO	SST-FT-054
		VERSION	1

10 06

BAÑO	UBICACIÓN											
FECHA:	D:		M:		A:		PERIODO				HORA	
CALIFIQUE: MALO (M) REGULAR ® BUENO (B)	PISOS	PAREDES	TECHOS	SANITARIOS	PAPEL HIGIENICO	CANECAS	LAVAMANOS	ESPEJOS	JABON MANOS	GEL ANTIBACTERIAL	OBSERVACIONES	
¿Limpió las áreas, según lo indica el protocolo de limpieza?										✓		
¿Uso los elementos destinados para el lavado de baños?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
¿Utilizo solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para la desinfección de lavamanos, sanitario, pisos y paredes?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
¿Retiró y reemplazó la bolsas de residuos?	SI											
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:	Jime											
FIRMA:	✓											
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Diana Olaya Valer											
FIRMA:												

1442

	FORMATO DE LIMPIEZA DE BAÑOS COVID-19	CODIGO	SST-FT-054
		VERSION	1

02·06· 2020

BAÑO	UBICACIÓN										
FECHA:	D:		M:		A:		PERIODO				HORA
CALIFIQUE: MALO (M) REGULAR ® BUENO (B)	PISOS	PAREDES	TECHOS	SANITARIOS	PAPEL HIGIENICO	CANECAS	LAVAMANOS	ESPEJOS	JABON MANOS	GEL ANTIBACTERIAL	OBSERVACIONES
¿Limpió las áreas, según lo indica el protocolo de limpieza?	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
¿Uso los elementos destinados para el lavado de baños?	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
¿Utilizo solución de hipoclorito de sodio en concentración de 2000 ppm para la desinfección de lavamanos, sanitario, pisos y paredes?	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
¿Retiró y reemplazó la bolsas de residuos?	SI										
NOMBRE RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA:											
FIRMA:											
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Diana Morales										
FIRMA:											

ANEXO No. 11
IMPLEMENTACION AMBIENTAL

CHARLAS AMBIENTALES

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN

Capacitacion y Entrenamiento
CONSORCIO PRUNI SEDES 04

Ciudad,Obra y Fecha: Bogota, Empleta Distrital 19-06-2020

Nombre del Curso de Formación: Clasificación de Residuos Solidos en obra

Tipo de evento: Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ Divulgación: ☐ Capacitación: ☒

Horario: Inicio 7:00 Fin 7:30 A

Formador a cargo: William Fonseca Vargas

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	1019.932112	Richard José Pineda C	Oficial	
2	48377625	Diana Silva	Ayudante	
3	1033769264	Julio Mendoza	Ayudante	
4	1003938556	Carlos Mena	Ay	
5	79722.644	Libardo Valoye	Oficial	
6	80[illegible]123	[illegible]	Mayordomo	
7	1080955434	Yolbon Diaz Tuta	Ayu	Yolbon Dt
8	5893.436	Carlos Garzon	DPC	
9	79977480	Carlos A Riaño	Electricista	
10	80125709	Hanner Guerrero	Electricista	Hanner G
11	1023933050	Maicol Rubio	Electricista	
12	11707366	Jose Valoyes	oficial	
13	1023939775	Simona Garzon	Aux DSEO	Simona G.
14	1126119523	Omar Alvarado Beltran	Almacen	
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

CONSORCIO PALUNI SEDES 04

FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN

Capacitacion y Entrenamiento CONSORCIO PALUNI SEDES 04

Ciudad, Obra y Fecha: Bogotá Juventud Distrital 25-06-2020

Nombre del Curso de Formación: Cuidemos el Agua

Tipo de evento: Re-Inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ Integración: ☐ Capacitación: ☒

Horario: Inicio 7:00 a 7:30

Formador a cargo: Willia Fosca Vargas

No.	Cedula			Firma
1	3087127	Viator Ulloa C.D.	maestro	
2	4837625	JUANMOSQUERA	AYUDANTE	
3	79722677	Libardo Valoye	OFICIAL	
4	11707366	Jose valoyes	oficial	
5	1037689264	Julio Mena	Ayudante	
6	1003432556	CARLOS MENA	AYUDANTE	
7	1000953409	Yoiser DT	Ayu	
8	9649305	Alexander castro c.	oficial	
9	79518118	Harold Sanchez	Ayudante	
10	80125709	HANNER GUERRERO	ELECTRICISTA	
11	79977480	Carlos Piaño	Electricista	
12	1.023933950	Maicol Rubio	Electricista	
13	5'895456	Carlos goyes	DPC	
14	1074742860	DAVID SB	AYUNTE	
15	1.049932112	Richard Jair Perez L	oficial	
16	1126119523	Omar Alvarado R	Omar	
17	1123730397	Luis E. muñoz	AYUDANTE	
18	1066299509	Jeup Acqueda	Instalador	
19	1093951343	Nicolas Ortega	Instalador	
20	1013250338	Emmanuel Castellanos C.	INSTALA	
21	1023939775	Elmena Garzón	AUX ASEO	
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:

SALIDAS DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

Angie Romero Duquino

SUMINISTRO DE ARENAS, GRAVILLAS, TRITURADOS, RECEBO, EXCAVACIONES MANUAL Y CON RETRO

SERVICIO DE VOLQUETAS 7 M. Y RETRO
Dentro y Fuera de la Ciudad

Tels. 311 470 2556 - 320 227 8376
E-mail: martaduquino1@hotmail.com

FECHA: 16 - Junio 2020 | N° 1545

SEÑORES: Consorcio Pimi Sede 04

OBRA: Imprenta Distrital

MATERIAL SUMINISTRADO: 7 Hm de Escombro Para botadero

VOLQUETA PLACA N° OCO168 HORA:

OBSERVACIONES: 02

FIRMA AUTORIZADA OBRA, RECIBÍ
William Fonseca
C.C. N° 74381366

IMPRESO POR LITOGRAFÍA TERESITA * TELS. 814 7000 - 671 1807

Angie Romero Duquino

SUMINISTRO DE ARENAS, GRAVILLAS, TRITURADOS, RECEBO, EXCAVACIONES MANUAL Y CON RETRO

SERVICIO DE VOLQUETAS 7 M. Y RETRO
Dentro y Fuera de la Ciudad

Tels. 311 470 2556 - 320 227 8376
E-mail: martaduquino1@hotmail.com

FECHA: 16 - Junio 2020 | N° 1559

SEÑORES: Consorcio Pimi Sede 04

OBRA: Imprenta Distrital

MATERIAL SUMINISTRADO: 7 Hm de Escombro Para botadero

VOLQUETA PLACA N° OCO168 HORA:

OBSERVACIONES:

FIRMA AUTORIZADA OBRA, RECIBÍ
William Fonseca
C.C. N° 74381366

IMPRESO POR LITOGRAFÍA TERESITA * TELS. 814 7000 - 671 1807

Angie Romero Duquino

SUMINISTRO DE ARENAS, GRAVILLAS, TRITURADOS, RECEBO, EXCAVACIONES MANUAL Y CON RETRO

SERVICIO DE VOLQUETAS 7 M. Y RETRO
Dentro y Fuera de la Ciudad

Tels. 311 470 2556 - 320 227 8376
E-mail: martaduquino1@hotmail.com

FECHA: 26 - 6 2020 | N° 1601

SEÑORES: Consorcio Pimi Sede 04

OBRA: Imprenta Distrital

MATERIAL SUMINISTRADO: 7 Hm de Escombro Para botadero

VOLQUETA PLACA N° OCO168 HORA:

OBSERVACIONES: 02

FIRMA AUTORIZADA OBRA, RECIBÍ
William Fonseca
C.C. N° 74381366

IMPRESO POR LITOGRAFÍA TERESITA * TELS. 814 7000 - 671 1807

1449

INGRESO DE MATERIALES A OBRA

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

Angie Romero Duquino

SUMINISTRO DE ARENAS, GRAVILLAS, TRITURADOS, RECEBO, EXCAVACIONES MANUAL Y CON RETRO

Tels. 311 470 2556 - 320 227 8376
E-mail: martaduquino1@hotmail.com

SERVICIO DE VOLQUETAS 7 M. Y RETRO
Dentro y Fuera de la Ciudad

FECHA: 16 Junio 2020 — N° 1558

SEÑORES: Consorcio Rini Sede C4

OBRA: Imprenta Distrital

MATERIAL SUMINISTRADO: Ltda de B400

VOLQUETA PLACA N° OCC 168 — HORA:

OBSERVACIONES:

FIRMA AUTORIZADA OBRA, RECIBÍ

C.C. N°

IMPRESO POR LITOGRAFÍA TERESITA * TELS. 814 7000 - 671 1807

Angie Romero Duquino

SUMINISTRO DE ARENAS, GRAVILLAS, TRITURADOS, RECEBO, EXCAVACIONES MANUAL Y CON RETRO

Tels. 311 470 2556 - 320 227 8376
E-mail: martaduquino1@hotmail.com

SERVICIO DE VOLQUETAS 7 M. Y RETRO
Dentro y Fuera de la Ciudad

FECHA: 16 Junio 2020 — N° 1557

SEÑORES: Consorcio Rini Sede C4

OBRA: Imprenta Distrital

MATERIAL SUMINISTRADO: Ltda de Cascajo

VOLQUETA PLACA N° BRI681 — HORA:

OBSERVACIONES:

FIRMA AUTORIZADA OBRA, RECIBÍ

C.C. N°

Angie Romero Duquino

SUMINISTRO DE ARENAS, GRAVILLAS, TRITURADOS, RECEBO, EXCAVACIONES MANUAL Y CON RETRO

Tels. 311 470 2556 - 320 227 8376
E-mail: martaduquino1@hotmail.com

SERVICIO DE VOLQUETAS 7 M. Y RETRO
Dentro y Fuera de la Ciudad

FECHA: 17 Junio 2020 — N° 1547

SEÑORES: Consorcio Rini Sede C4

OBRA: Imprenta Distrital

MATERIAL SUMINISTRADO: Ltda de Piedra

OC Rio Cuarto

VOLQUETA PLACA N° OCC168 — HORA:

OBSERVACIONES:

FIRMA AUTORIZADA OBRA, RECIBÍ

C.C. N°

IMPRESO POR LITOGRAFÍA TERESITA * TELS. 814 7000 - 671 1807

Angie Romero Duquino

SUMINISTRO DE ARENAS, GRAVILLAS, TRITURADOS, RECEBO, EXCAVACIONES MANUAL Y CON RETRO

Tels. 311 470 2556 - 320 227 8376
E-mail: martaduquino1@hotmail.com

SERVICIO DE VOLQUETAS 7 M. Y RETRO
Dentro y Fuera de la Ciudad

FECHA: 19 Junio 2020 — N° 1549

SEÑORES: Consorcio Rini Sede C1

OBRA: Imprenta Distrital

MATERIAL SUMINISTRADO: Ltda de B400

VOLQUETA PLACA N° OCC168 — HORA:

OBSERVACIONES:

FIRMA AUTORIZADA OBRA, RECIBÍ

C.C. N°

IMPRESO POR LITOGRAFÍA TERESITA * TELS. 814 7000 - 671 1807

APROBACIÓN PLAN DE MANEJO DE TRÁFICO SEDE IMPRENTA DISTRITAL

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

COI No. 23
JUNIO 04 DE 2020
SECRETARÍA DISTRITAL DE MOVILIDAD
SECCIÓN 2. OBRAS DE MEDIO Y BAJO IMPACTO - SUBDIRECCIÓN DE PLANES DE MANEJO DE TRÁNSITO

No.	DIRECCIÓN DE LA OBRA		CONTRATISTA	FECHA		HORARIO DE TRABAJO	HORARIO DE CIERRE	No. CONTRATO	OBSERVACIONES	AUTORIZADO	LOCALIDAD	RES. RESPONSABLE	No RADICADO SDM
	INICIO	FIN		INICIO	FIN								
19835	KR 13 AC 116		CONSORCIO MOVILIDAD FUTURA 2050 (SUTEC S.A. - SIEMENS S.A.)	12-jun-20	13-jun-20	22:00-04:00	22:00-04:00	SDM-1913-2017	NOTA: EN CASO DE ENCONTRAR OBRA EN LA ZONA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO, SE DEBE REALIZAR LA RESPECTIVA COORDINACION. LA SDM AUTORIZA PMT PARA CIERRE PARCIAL DE ANDEN NORORIENTAL PARA ACTIVIDADES DE DEMOLICION DE PEDESTAL EXISTENTE, ADECUACION, REHABILITACION Y/O RECUPERACION DEL ESPACIO PUBLICO DURANTE LA IMPLEMENTACION DEL SSI. LA MAQUINARIA Y EL EQUIPO UTILIZADO DEBEN PERMANECER DENTRO DE LA ZONA DE OBRA. GARANTIZAR EN TODO MOMENTO SENDERO PEATONAL TRANSVERSAL Y LONGITUDINAL DE MINIMO 1,5m SEGURO Y COMODO PARA SU USO. NO SE AUTORIZA EL TRASLADO DEL PEATON A LA VIA. REALIZAR CERRAMIENTO CON DELINEADORES TUBULARES Y TRIPLE CINTA. IMPLEMENTAR LA SEÑALIZACION PROPUESTA Y APROBADA Y MANTENERLA EN BUEN ESTADO. EL CERRAMIENTO Y LA SEÑALIZACION DEBEN PERMANECER TODO EL TIEMPO QUE DURE LA INTERVENCION. GARANTIZAR EL ADECUADO MANEJO DE PEATONES Y VEHICULOS CON EL APOYO DE LOS AUXILIARES DE TRANSITO.	SI	USAQUEN	LUIS H. GONZALEZ H.	76072-2020
19836	AK 11 AC 116		CONSORCIO MOVILIDAD FUTURA 2050 (SUTEC S.A. - SIEMENS S.A.)	12-jun-20	13-jun-20	22:00-04:00	22:00-04:00	SDM-1913-2017	NOTA: EN CASO DE ENCONTRAR OBRA EN LA ZONA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO, SE DEBE REALIZAR LA RESPECTIVA COORDINACION. LA SDM AUTORIZA PMT PARA CIERRE PARCIAL DE ANDEN NOROCCIDENTAL PARA ACTIVIDADES DE DEMOLICION DE PEDESTAL EXISTENTE, ADECUACION, REHABILITACION Y/O RECUPERACION DEL ESPACIO PUBLICO DURANTE LA IMPLEMENTACION DEL SSI. LA MAQUINARIA Y EL EQUIPO UTILIZADO DEBEN PERMANECER DENTRO DE LA ZONA DE OBRA. GARANTIZAR EN TODO MOMENTO SENDERO PEATONAL TRANSVERSAL Y LONGITUDINAL DE MINIMO 1,5m SEGURO Y COMODO PARA SU USO. NO SE AUTORIZA EL TRASLADO DEL PEATON A LA VIA. REALIZAR CERRAMIENTO CON DELINEADORES TUBULARES Y TRIPLE CINTA. IMPLEMENTAR LA SEÑALIZACION PROPUESTA Y APROBADA Y MANTENERLA EN BUEN ESTADO. EL CERRAMIENTO Y LA SEÑALIZACION DEBEN PERMANECER TODO EL TIEMPO QUE DURE LA INTERVENCION. GARANTIZAR EL ADECUADO MANEJO DE PEATONES Y VEHICULOS CON EL APOYO DE LOS AUXILIARES DE TRANSITO.	SI	USAQUEN	LUIS H. GONZALEZ H.	76072-2020
19837	KR 1A ESTE No 9A 45 SUR		CONSORCIO PRUNI SEDES 04	5-jun-20	27-ago-20	07:00-17:00	07:00-17:00	SG-4233000-731-2019	NOTAS: 1. ESTE FRENTE DE OBRA NO CONTO CON AUTORIZACION ENTRE EL 30-ABR-20 Y 4-JUN-20, CUALQUIER EVENTUALIDAD OCURRIDA POR EJECUCION DE OBRAS SIN PMT ES RESPONSABILIDAD DIRECTA DEL CONTRATISTA, INTERVENTORIA Y ENTIDAD CONTRATANTE. 2. PREVIO AL INICIO DE ACTIVIDADES EL CONTRATISTA DEBE CONTAR CON EL VISTO BUENO AL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD Y DE MOVILIDAD EMITIDO POR ENTIDAD COMPETENTE; SE RECUERDA QUE A LA INTERVENTORIA Y ENTIDAD CONTRATANTE LE ASISTE EL DEBER DE VERIFICAR EL ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE ESTE EN LA ETAPA DE OBRA. LA SDM AUTORIZA RETROALIMENTACION No 1 AL PMT AUTORIZADO EN EL COI 8-20 - NUMERAL 4163, PARA ENTRADA Y SALIDA DE VOLQUETAS COSTADO OCCIDENTAL. LA RETROALIMENTACION CONSISTE EN ACTUALIZACION DEL PMT. IMPLEMENTAR LA SEÑALIZACION PROPUESTA Y APROBADA Y MANTENERLA EN BUEN ESTADO. DEBE GARANTIZAR LA PRESENCIA DE AUXILIARES DE TRANSITO PARA COORDINAR ENTRADA Y SALIDA DE VOLQUETAS Y EL CONTROL DEL TRANSITO PEATONAL LAS VIAS UTILIZADAS PARA EL TRANSITO DE VOLQUETAS DEBEN DEJARSE EN IGUALES O MEJORES CONDICIONES A LAS ENCONTRADAS AL INICIO DE LA OBRA Y SE DEBE REALIZAR LIMPIEZA CONSTANTE A LAS MISMAS. SE DEBEN ACOGER A LA NORMATIVIDAD EXISTENTE EN CUANTO A LA CIRCULACION DE VEHICULOS DE CARGA. NO SE AUTORIZA ESTACIONAMIENTO DE VEHICULOS DE OBRA FUERA DEL PREDIO. CUANDO FINALICE LA OBRA EN SU TOTALIDAD SE DEBE REMOVER LA SEÑALIZACION.	SI	SAN CRISTOBAL	MIGUEL A. SUAREZ N.	76821-2020

NORMATIVIDAD
El plan de manejo de tránsito (PMT) debe cumplir con lo establecido en el manual de señalización vial vigente.

La Secretaría Distrital de Movilidad (SDM) le recuerda que la calidad de contratista no lo exime, en ningún caso, del cumplimiento de la normatividad que rige a todos los habitantes del Distrito Capital, principalmente la reglamentación que rige la utilización del espacio público, la circulación de vehículos dentro del perímetro urbano, el manejo de tránsito y seguridad para peatones por la ejecución de obras civiles.

A. ESPACIO PÚBLICO
Según Ley 769 de 2002 "Código Nacional de Tránsito Terrestre": Artículos 65-69-75-76-101-102-103-104-109-112-114-115-119-127-131.

B. RESTRICCIÓN PARA CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS
Decreto 034 del 05 de febrero 2008 "Por el cual se establecen condiciones para el tránsito de vehículos de carga en el área urbana del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones"
Decreto 575 del 17 de diciembre de 2013 "Por medio del cual se dictan disposiciones para el mejor ordenamiento del tránsito de vehículos automotores de servicio particular por las vías públicas en el Distrito Capital, y se derogan los Decretos Distritales 271 y 300 de 2012"
Decreto 520 de noviembre 13 2013 "Por el cual se establecen restricciones y condiciones para el tránsito de los vehículos de transporte de carga en el área urbana del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones"
Decreto 690 del 31 de diciembre de 2013 "Por medio del cual se modifica el Decreto 520 de 2013, que establece restricciones y condiciones para el tránsito de los vehículos de transporte de carga en el área urbana del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones"

NOTA
1. En el lugar de desarrollo de las actividades deberá permanecer copia del plano del PMT aprobado y de la autorización emitida por la SDM para la verificación por parte de las autoridades competentes del cumplimiento a la implementación del PMT.
2. No se autoriza acopio de escombros o materiales por fuera de la zona de obra.
3. El contratista y la interventoría son responsables solidariamente de la correcta implementación del PMT.
4. En horario nocturno y/o cuando las condiciones atmosféricas lo ameriten se debe garantizar la instalación de señalización luminosa conforme las especificaciones técnicas estipuladas en el Concepto Técnico 17 de la SDM.
5. Para excavaciones con profundidad superior a 0.5m, deberán aislarse y/o canalizarse mediante maletines plásticos entrelazados.
6. En caso de congestión vehicular y/o por solicitud expresa de la Policía de Tránsito, deberá levantarse el cierre y habilitar la zona intervenida en condiciones óptimas de tránsito y seguridad vial
7. La señalización a implementar debe cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Manual de señalización vial vigente.
8. La longitud de transición a implementar para cierres de carril deberá cumplir las especificaciones técnicas estipuladas en el Concepto Técnico 18 de la SDM.

Ing. Marcela Neira Medina
Directora de Ingeniería de Tránsito

Ing. Martha Cecilia Bayona Gómez
Subdirectora Técnica de Planes de Manejo de Tránsito
Los PMT señalados con * no fueron revisados y autorizados por la Subdirectora

FORMATOS PLAN INTEGRAL DE GESTIÓN AMBIENTAL DE LA ENTIDAD (PIGA)

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA GENERAL

BITÁCORA DE RESIDUOS APROVECHABLES ACOPIADOS EN OBRA

SECRETARÍA GENERAL ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

NOMBRE DE LA SEDE: Imprenta Distrital TELÉFONO: 3057000 Ext 517

FECHA DE GENERACION	CANTIDAD GENERADA (KG) (Sin decimales)	ÁREA O PROCESO DE GENERACIÓN	COLOR DE BOLSA	HORA DE ENTREGA A SHUT	OBSERVACIONES
26-06-2020	15 Kg.	Producción	Cartón		Acopiado en obra
26-06-2020	50 Kg.	Producción	Residuos metálicos		Acopiado en obra
26-06-2020	15 Kg.	Producción	Plástico		Acopiado en obra
Total		NOMBRE Y CARGO RESPONSABLE: William Fonseca / Responsable SST			
		OBSERVACIONES GENERALES:			

Cra 8 No. 10 - 65
Código postal 111711
Tel: 381 3000
www.bogota.gov.co
Info: Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA GENERAL

BITÁCORA DE RESIDUOS NO APROVECHABLES

SECRETARÍA GENERAL ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

NOMBRE DE LA SEDE: Imprenta Distrital TELÉFONO: 3005705171

FECHA DE GENERACION	CANTIDAD GENERADA (KG) (Sin decimales)	ÁREA O PROCESO DE GENERACIÓN	COLOR DE BOLSA	HORA DE ENTREGA A SHUT	OBSERVACIONES
1-06-2020	4	Producción	Verde		Entregado a la empresa de Aseo de Bogotá
16-06-2020	3	Complementos	Verde		Entregado a la empresa de Aseo de Bogotá
19-06-2020	4	Producción	Verde		Entregado a la empresa de Aseo de Bogotá
23-06-2020	3	Complementos	Verde		Entregado a la empresa de Aseo de Bogotá
25-06-2020	4	Producción	Azul		Entregado a la empresa de Aseo de Bogotá
Total		NOMBRE Y CARGO RESPONSABLE:			William Rojas / Presidente SGD
		OBSERVACIONES GENERALES:			

Cra 8 No. 10 - 65
Código postal 111711
Tel: 381 3000
www.bogota.gov.co
Info: Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA GENERAL

BITÁCORA DE RESIDUOS PELIGROSOS ACOPIADOS EN OBRA

SECRETARÍA GENERAL ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

NOMBRE DE LA SEDE: Imprenta Distrital TELÉFONO: 3057075121

FECHA DE GENERACION	CANTIDAD GENERADA (KG) (Sin decimales)	ÁREA O PROCESO DE GENERACIÓN	COLOR DE BOLSA	HORA DE ENTREGA A SHUT	OBSERVACIONES
26-06-2020	20	Todas las Áreas	Roja.		Acopiado en Obra
Total		NOMBRE Y CARGO RESPONSABLE: William Rosero Rodriguez			
		OBSERVACIONES GENERALES:			

DOCUMENTACIÓN PARA LA PLATAFORMA DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE MEDIO AMBIENTE MES DE JUNIO

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

CONSORCIO PRUNI SEDES 04	FORMATO SEGUIMIENTO Y APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS NSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN EN OBRA	ANEXO 2

INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO

Fecha del diligenciamiento:	30/06/2020	**Nombre del proyecto:**	REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDESDE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	**Direcc ión:**	MANZANA LIEVANO, IMPRENTA DISTRITAL, CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	**Número de PIN:**	17450	**Número de contrato:**	731 DEL 2019
Responsable del despacho de RCD:	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	**Nombre del responsable del diligenciamiento del formato:**	ING SAMUEL EDUARDO CARRILLO	**Firma del responsable del diligenciamiento del formato:**	WILLIAM FONSECA VARGAS				

Seguimiento y aprovechamiento

Descripción del material				Volúmenes proyectados en PGIRCD		3. Aprovechamiento o tratamiento de RCD				4. Lugar de disposición final	5. Acumulado			6. Mes de reporte: JUNIO DEL 2020 — Datos del mes del reporte		
Etapa	Tipología de residuo	Componente	Observaciones Descripción del RCD	1. Volumen total de materiales de construcción a usar en obra (TON)	2. Cantidad proyectada de RCD a generar en obra (TON)	Disposición final de RCD (TON)	Volumen de RCD Reutilizado (TON)	Volumen de RCD Reciclado (TON)	Otros tratamientos (TON)		Volumen total de materiales de construcción usados en obra (TON)	Cantidad real generada (TON)	Justificación	Volumen total de materiales de construcción usados en obra (TON)	Cantidad real de RCD generada (TON)	Justificación
Demolición	RCD Pétreos	Concretos, cerámicas, ladrillos, arenas, gravas, cantos, bloques o fragmentos de roca, baldosines, morteras, asfalto y materiales inertes.	N.A	22,96	65,6	34,44				MAQUINAS AMARILLAS	0	932			34,44	CERTIFICACION DE MAQUINAS AMARILLAS
	RCD no Pétreos	Plásticos, Metales, Madera, Cartón, Papel, Vidrios, Otros.	N.A	0	0	0					0	0,00				
Excavación y Cimentación	Residuos Cespedón	Coberturas vegetales	N.A	0	0	0					0	0				
	Residuos finos expansivos y no expansivos	Tierras, arcillas (caolin), limos y residuos inertes poco o no plásticos y expansivos que sobrepasan el tamiz #200 de granulometria, arcillas (Caolin), limos y residuos inertes poco o no plástico y expansivos que sobrepasan el tamiz #200 de granulometria.	N.A	136,00	1360	0				MAQUINAS AMARILLAS	0	1616,70				
Construcción	RCD Pétreos	Concretos, cerámicos, ladrillos, arenas, gravas, cantos, bloques o fragmentos de roca, baldosines, morteros, asfaltos y materiales inertes.	N.A	82,00	0	0	8				2144,58	0		47,18		INGRESO DE MATERIAL (14 M3) DE RECEBO - 400 Y (7 M3) DE ARENA DE RIO, (7 M3) DE GRAVILLA
	RCD no Pétreos	Plásticos, Metales, Madera, Cartón, Papel, Vidrios, Otros.	N.A	4,89	1,4	0				MAAT SOLUCIONES	1,20	2,17				
	Residuos de carácter metálico	Acero, hierro, cobre, aluminio, estaño y zinc	N.A	109,61	0	0	0			MAAT SOLUCIONES	18,30	4,297097				
	Residuos especiales	Poliestireno, cartón-yeso (drywall), llantas usadas	N.A	14,66	0	0				MAAT SOLUCIONES	0,00	0,0718				
	Residuos peligrosos	Desechos de productos químicos, emulsiones, alquitrán, pinturas, disolventes orgánicos, aceites, asfaltos, resinas, plastificantes, tintas, betunes, barnices, tejas de asbesto, escoria, plomo, cenizas volantes, luminarios convencionales y fluorescentes, y desechos explosivos o cualquier elemento que esté incluido en los anexos del Decreto 4741 de 2005.	N.A		13,237	0				MAAT SOLUCIONES	0,00	2,89				
TOTAL				370,11	1440,237	34,44	8,00	0	0		2164,08	2557,64		47,18	34,44	N.A

1459

92

CONSORCIO PRUNI SEDES 04	FORMATO ESTIMACIÓN DE COSTOS DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN EN OBRA	ANEXO 3

DATOS GENERALES DEL GENERADOR

Número de PIN:	17450	Número de contrato:	731 DEL 2019	Jun-20

Descripción costos del tratamiento de los RCD

RCD GENERADO		Estimación de RCD			Precio de Gestión en planta			Disposición final		
		Cantidad estimada según PG-RCD	Cantidad Generada en el período	Unidad	Costo por unidad	Costo total	% del presupuesto de la obra	Costo por unidad	Costo total	% del presupuesto de la obra
Demolición	RCD no Pétreos (Plásticos, Metales, Madera, Cartón, Papel, Vidrios, Otros).	1,00	0	TON		$ -	0,0000%	$ -	$ -	0,000%
Excavación y Cimentación	Residuos finos expansivos y no expansivos (Tierras, arcillas (caolín), limos y residuos inertes poco o no plásticos y expansivos que sobrepasan el tamiz #200 de granulometría, arcillas (Caolín), limos y residuos inertes poco o no plástico y expansivos que sobrepasan el tamiz #200 de granulometría).	800,00	0,0	TON		$ -	0,0000%	$ 41.714,29	$ -	0,00%
Construcción	RCD Pétreos (Concretos, cerámicos, ladrillos, arenas, gravas, cantos, bloques o fragmentos de roca, baldosines, morteros, asfaltos y materiales inertes).	40,00	34,44	TON		$ -	0,0000%	$ 41.714,29	$ 1.436.640,00	2,90%
	RCD no Pétreos (Plásticos, Metales, Madera, Cartón, Papel, Vidrios, Otros).	0,00	0,000	TON	$ -	$ -	0,0000%	$ 2.142.857,14	$ -	0,000%
	Residuos especiales (Poliestireno, cartón-yeso (drywall), llantas usadas).	0,00	0,0000	TON		$ -	0,0000%	$ 2.142.857,14	$ -	0,00%
	Residuos peligrosos (Desechos de productos químicos, emulsiones, alquitrán, pinturas, disolventes orgánicos, aceites, asfaltos, resinas, plastificantes, tintas, betunes, barnices, tejas de asbesto, escoria, plomo, cenizas volantes, luminarias convencionales y fluorescentes, y desechos explosivos o cualquier elemento que esté incluido en los anexos del Decreto 4741 de 2005).	7,00	0,000	TON		$ -	0,0000%	$ 1.428.571,43	$ -	0,000%
TOTAL		848,00	34,44		-	-	0,000%	5.797.714	1.436.640	2,901%
COSTO TOTAL									$	1.436.640,00

William Fonseca Vargas

JUNIO DEL 2020/ WILLIAM FONSECA VARGAS

1460

47

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

PRISMA
GRUPO CONSTRUCTOR

UNIVERSAL SEC S.A.S.

12

Bogotá, 30 de junio del 2020

Señores

ARQUITECTURA URBANA LTDA

ARQ. HERNANDO DAZA BERRIO – Director De Interventoría

Calle 38 # 8 – 12 of. 301

Tel. 7035370

Ciudad

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE GENERACIÓN DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN

Respetado arquitecto

Por medio de la presente me permito certificar como representante legal del **CONSORCIO PRUNI SEDES 04**, que, durante el mes de junio del 2020 se dispuso con la empresa MAQUINAS AMARILLAS 21 m3 de escombro 1 M3 = 1.64 TON (21*1.64) 34.44 TON, esto se puede verificar con la certificación pertinente, con base en el contrato cuyo objeto es CONTRATO 4233000-731-2019 REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS DE INTEVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

Adicionalmente se informa, que se certificara debidamente su disposición de acuerdo a lo establecido en el plan de gestión integral de residuos de construcción y demolición con el pin ambiental n° 17450, en escombrera certificada.

Para este mes NO se reutilizo ningún material en obra como se puede observar en el ANEXO 3. APROVECHAMIENTO EN SITU MES DE JUNIO 2020.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente.

ING. SAMUEL CARRILLO

REPRESENTANTE LEGAL

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

NUMERO DE CONTRATO 731 DEL 2019: "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDESDE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C."

CONTRATANTE: SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C

INDICADORES DE RCD MES DE JUNIO DEL 2020

$$\text{INDICADOR DE EFICIENCIA} = \frac{\text{Gastos mensuales de la implementación del PG RCD (\$) X 100}}{\text{Presupuesto planeado para el PG RCD (\$)}}$$

INDICADOR DE EFICIENCIA = $ 1.436.640 X 100

$ 49.523.200

INDICADOR DE EFICIENCIA = 2.9 %

"Los gastos mensuales de implementación del PG-RCD es la sumatoria de los gastos descritos por el manejo y gestión de los RCD en planta y con disposición final descritos.

El presupuesto es aquel proyectado en el PG-RCD. "

$$\text{INDICADOR DE EFICIENCIA} = \frac{\text{Cantidad de residuos aprovechados en la obra mes (ton) X 100}}{\text{Cantidad de residuos generados en la obra por mes (ton)}}$$

INDICADOR DE EFICIENCIA = 0 X 100

34.44

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

INDICADOR DE EFICIENCIA = 0 %

INDICADOR DE EFICACIA = Cantidad de residuos aprovechados en la obra por mes (ton) X 100 / Cantidad de material usado para la ejecución de la obra (ton)

INDICADOR DE EFICACIA = 0 X 100 / 47.18

INDICADOR DE EFICACIA = 0 %

La cantidad de material usado corresponde al valor relacionado en el consolidado por materiales por mes."

INDICADOR DE EFECTIVIDAD = Cantidad de RCD dispuestos en sitios autorizados durante el mes (ton) X 100 / Cantidad estimada de RCD a generar en el mes (ton)

INDICADOR DE EFECTIVIDAD = 34.44 X 100 / 240

INDICADOR DE EFECTIVIDAD = 14.35 %

La cantidad estimada de RCD a generar en el mes hace referencia a aquella cantidad proyectada para la obra inicialmente dividida entre los meses de duración inicial del proyecto.

Elaboró: WILLIAM FONSECA VARGAS

Cargo: RESIDENTE SST

William Fonseca Vargas

Firma

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

INFORME DE APROVECHAMIENTO INSITU JUNIO 2020

Nombre del Proyecto: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **PIN:** 17450

1. Registro fotográfico del "antes" del sitio que va a ser usado para la reutilización, con referencia de la zona.

2. Esquema del área a usar para la reutilización de los RCD´s

3. Tipo de material a emplear en la reutilización

4. Descripción del proceso a realizar: Definir el origen del residuo y el coeficiente de compactación del material.

5. Registro fotográfico durante la reutilización:

6. Registro fotográfico de la finalización del proceso de reutilización:

7. Volumen total reutilizado: _____0_____ (TON)

8. Duración del proceso: _____0_____ (meses)

9. Área final recuperada: _____0_____ (m2)

10. Valor del % de la reutilización, respecto al total del material utilizado para la construcción de la obra: 0 (%)

11. Comentarios, Conclusiones y/o Justificación por no hacer reutilización:

EN ESTE MES NO SE REALIZO APROVECHAMIENTO DE MATERIAL EN LA SEDE DE IMPRENTA DISTRITAL, YA SE TERMINARON LAS ACTIVIDADES DE CIMENTACION.

Firma del Representante Legal o Director de obra

Nota: El registro fotográfico debe tener la fecha y hora de toma.

Link de verificación

Certificación No.: CERT-1404-2020

MAQUINAS AMARILLAS S.A.S.
NIT: 900.459.311-1

SITIO DE DISPOSICIÓN DE MATERIAL DE ESCOMBROS Y ESTERILES LAS MANAS
(Residuos de construcción y demolición) PIN 8418-SDA SECRETARIA DISTRITAL DEL MEDIO AMBIENTE
AUTORIZADOS MEDIANTE RESOLUCIÓN NÚMERO 1480 DE 2014 ANLA

CERTIFICA QUE

La firma ANGIE KATHERINE ROMERO DUQUINO Identificada con NIT. 1020801053-1, ingreso al sitio de reconformación morfológica Minas las Manas durante el periodo comprendido entre el día 04 de junio de 2020 hasta el día 26 de junio de 2020, Ingresando un total de (3) Viajes, para un volúmen de VEINTIUN M3. (21 M3) sueltos de material, como se relaciona a continuación, provenientes de la obra CONSORCIO PRUNI SEDES 04, PIN OBRA: 7450.

Id	Descripción Viaje	Total M3	Total Viajes
2	Sencillo- Excavación, Tierras, Arcillas, Recebos	21,0	3,0

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 01 de julio de 2020.

NICOLE STHEFANNY GUZMAN LAVERDE
COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE PROYECTO

YURY DAYANA OTALORA MUÑOZ
ASISTENTE DE FACTURACION

Bogotá/ Cra 17 # 142-25
Tel 702-3060
Cel: 321-469-0709
gerencia@maquiamarillas.com
www.maquiamarillas.com

MÁQUINAS AMARILLAS

La presente certificación tendrá 30 días calendario a partir de su expedición para solicitud de cambios.

TABLA CONSOLIDADO DE GENERACIÓN DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

GENERACIÓN DE RESIDUOS PIN 17450			JULIO		OBSERVACIONES	AGOSTO		OBSERVACIONES	SEPTIEMBRE		OBSERVACIONES	OCTUBRE		OBSERVACIONES	NOVIEMBRE		OBSERVACIONES	DICIEMBRE		OBSERVACIONES	ene-20		OBSERVACIONES	feb-20		OBSERVACIONES	mar-20		OBSERVACIONES	abr-20		OBSERVACIONES	may-20		OBSERVACIONES	jun-20		OBSERVACIONES	TOTAL	
			M3	TON		M3	TON		M3	TON		M3	TON		M3	TON		M3	TON		M3	TON		M3	TON		M3	TON		M3	TON		M3	TON		M3	TON		M3	TON
Demolición	RCD Pétreos	Concretos, cerámicas, ladrillos, arenas, gravas, cantos, bloques o fragmentos de roca, baldosines, morteros, asfalto y materiales inertes.	0	0	-	70	84.8	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT-2722-2019	88	160.72	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT-2988-2019 CERT-3086-2019	56	84.84	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT-3438-2019	45	90.36	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT-3768-2019 CERT-234-2020	183	308.12	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT67-2020 REF INSERVIAL 2700-[illegible]	63	183.32	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT-358-2020	78	84.8	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT 705--2020	42	68.88	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT 837--2020	0	0	EN ESTE MES POR LA EMERGENCIA SANITARIA DEL COVID-19 NO SE DESARROLLO NINGUNA ACTIVIDAD DEL PROCESO PRODUCTIVO EN NINGUNA DE LAS SEDES	0	0		21	34.44	CERTIFICACION DE MADURNAS AMARILLAS	652	888.82
	RCD no Pétreos	Plásticos, Metales, Madera, Cartón, Papel, Vidrios, Otros.	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0
Excavación y Cimentación	Residuos Peligrosos Contaminados	Coberturas vegetales	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0
	Residuos Rocas expansivas y no expansivas	Tierras, arcillas (suelo), limos y residuos inertes poco o no plásticos y expansivos que sobrepasen el tamiz #200 de granulometría arcillas (Suelo), limos y residuos inertes poco o no plásticos y expansivos que sobrepasen el tamiz #200 de granulometría	0	0	-	56	95.2	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT-2722-2019	294	499.8	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT-2988-2019 CERT-3086-2019	42	71.4	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT-3438-2019	315	535.5	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT-233-2020 CERT-234-2020	160	272	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT255-2020 CERT67-2020	63	107.1	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT-6253-2019	0	0	-	42	71.4	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL MADURNAS AMARILLAS CERT 837--2020	0	0		0	0	-	0	0	-	972	1116.9
Construcción	RCD Pétreos	Concretos, cerámicas, ladrillos, arenas, gravas, cantos, bloques o fragmentos de roca, baldosines, morteros, asfalto y materiales inertes.	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0
	RCD no Pétreos	Plásticos, Metales, Madera, Cartón, Papel, Vidrios, Otros.	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	402	0.402	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL ASOCIACIÓN RECICLADORES EL [illegible]	753	0.753	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL ASOCIACIÓN DE RECICLADORES EL RODEO	54	0.054	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL PROSANCOL PRO-[illegible]	0	0	-	0	0.563	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL PROSANCOL PRO-[illegible]	0	0		153	0.153	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL PROSANCOL PRO-[illegible]	0	0		1067	1.523
	Residuos de carácter metálico	Acero, hierro, cobre, aluminio, estaño y zinc	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	434	0.434	CERTIFICADO RECUPERADORA DE METALES PG S.A.S CERTIFICADO [illegible]	390	0.39	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL PROSANCOL PRO-[illegible]	0	0	-	0	3.903	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL PROSANCOL PRO-[illegible]	0	0		378	0.378	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL PROSANCOL PRO-[illegible]	0	0		1262	4.298
	Residuos especiales	Poliestireno, cartón-yeso (drywall), Restos usados	0	0	-	0	0	-	0	0	-	7.8	0.0781	CERTIFICADO TRACOL - MATI SOLUCIONES	0	0	-	0	0	-	529	0.529	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL TRACOL CERT-7979	0	0	-	0	0	-	0	0		0	0		0	0		588.8	0.5888
	Residuos peligrosos	Desechos de productos químicos, smaloleros, diquitrin, pinturas, disolventes orgánicos, aceites, solventes, resinas, plastificantes, tintes, barnices, lacas de esmalte, escoria, plomo, ceniza volantes, luminarias comerciales y fluorescentes, y desechos explosivos o cualquier elemento que esté incluido en los anexos del Decreto 4741 de 2005.	0	0	-	0	0	-	0	0	-	644.8	0.6448	CERTIFICADO TRACOL - MATI SOLUCIONES	0	0	-	0	0	-	45	0.045	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL TRACOL CERT-7979 CERT-7934	0	0	-	0	1.8823	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL TRACOL CERT-8955 CERT-9777. CERT-8892 CERT-8952. CERT-9938	0	0		67	0.067	CERTIFICADO DISPOSICION FINAL TRACOL CERT-9227	0	0		756.8	2.3597
NUMERO DE RADICADO SDA PLATAFORMA			20206E2740462			20206E3180701			20206E2582263			20206EM2327595			20206E2710174			20206E2821421			20206E2474138																	5545.8	294.5885

Secretaría Distrital de Ambiente

VENTANILLA VIRTUAL

Actividad	Reporte, consulta y modificación de información JUNIO 2020
Número de radicación	2020ER114354
Fecha inicio	2020-07-10 14:29:55
Fecha fin	2020-07-10 15:23:59
Trámite	Seguimiento y Control a Obras Públicas y Privadas