

## AUTORIZACIÓN MANEJO DE INFORMACIÓN

De acuerdo con la normatividad nacional, autorizo de manera voluntaria al Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE / Fondo Rotatorio del Departamento Administrativo Nacional de Estadística FONDANE para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento y uso de los datos para prevenir, tratar o controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos. En cumplimiento del principio de acceso, se garantiza que los datos solo podrán ser usados por el personal autorizado y la información solo se utilizará para prevenir la propagación del COVID- 19.

Así mismo y teniendo en cuenta que de acuerdo con el Protocolo de Bioseguridad para la Prevención de la Transmisión de COVID-19 DANE - FONDANE, de ser considerado un caso sospechoso o tener diagnóstico de COVID-19 positivo, sé que debo proceder con el proceso de aislamiento de los contactos estrechos (a menos de 2 metros por más de quince minutos) en los tres radios de propagación<sup>1</sup>, autorizo a la entidad a suministrar la información necesaria a la respectiva Entidad Promotora de Salud – EPS y a la Administradora de Riesgos Laborales –ARL, así como a los contactos estrechos reportados.

Manifiesto que he entendido la finalidad de los datos, para lo cual acepto y me comprometo a brindar información veraz, completa y exacta para tal fin.

## CONDICIONES DE SALUD

A continuación, me permito manifestar los antecedentes médicos que registran a mi nombre con el fin de ser tenidos en cuenta bajo el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y en particular en el marco de las medidas adoptadas para la contención del COVID-19.

| Agradecemos seleccionar los antecedentes que apliquen a su caso, marcando una (x) según corresponda: |                                                     |                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Diabetes                                                                       | <input type="radio"/> Enfermedad Pulmonar EPOC      | <input type="radio"/> Cáncer de cualquier tipo             |
| <input type="radio"/> Hipertensión arterial                                                          | <input type="radio"/> Falla Renal                   | <input type="radio"/> Sobrepeso u obesidad                 |
| <input type="radio"/> Accidente Cerebrovascular                                                      | <input type="radio"/> Otros problemas pulmonares    | <input type="radio"/> Desnutrición                         |
| <input type="radio"/> Otras enfermedades del corazón                                                 | <input type="radio"/> Enfermedades autoinmunes      | <input type="radio"/> Fumador                              |
| <input type="radio"/> Hipotiroidismo                                                                 | <input type="radio"/> Medicado reciente corticoides | <input checked="" type="radio"/> Ninguno de los anteriores |
| <input type="radio"/> Asma                                                                           | <input type="radio"/> Inmunodeficiencias            | Otras, cual _____                                          |

| Agradecemos responder las preguntas señaladas a continuación, marcando una (x) según corresponda:                                        | SI | NO                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|
| ¿He tenido sospecha o he sido diagnosticado por COVID-19? Marque con una (X)                                                             |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si la respuesta fue si, por favor informe la fecha del diagnóstico o de la sospecha: _____                                               |    |                                     |
| Si ha tenido sospecha o ha sido diagnosticado por COVID-19, marque con una X según corresponda: Recuperado _____<br>En tratamiento _____ |    |                                     |

<sup>1</sup> Radio 1: Entorno familiar, vecinos, domiciliarios; Radio 2: Entorno laboral, entorno vivienda, medio de transporte propio; Radio 3: Establecimientos comerciales, transporte público, establecimientos cercanos a la entidad.

|                                                                                                                                  |  |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| ¿Estuve en contacto con alguien que tuvo alguno de los síntomas relacionados con COVID-19 <sup>1,2</sup> en los últimos 14 días? |  | X |
| ¿He presentado contacto cercano con un paciente al que se le esté estudiando o diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días?    |  | X |

| Agradecemos responder las preguntas señaladas a continuación, marcando una (x) según corresponda: | SI | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Hice un viaje internacional en los últimos 14 días?                                              |    | X  |
| ¿Hice un viaje nacional en los últimos 14 días?                                                   |    | X  |
| ¿He recibido atención médica relacionada con síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días?         |    | X  |

En caso de considerarlo necesario, por favor amplíe la información:

#### COMPROMISO CUMPLIMIENTO MEDIDAS

Acepto que en el evento de ser contratado, el objeto para el cual se requiere la prestación de mis servicios profesionales o de apoyo a la gestión, es de carácter operativo, por lo tanto se ejecutará en campo las actividades a mi asignadas, toda vez que se requiere garantizar la calidad y cobertura de la información capturada.

En consecuencia de lo anterior, acepto y me comprometo a cumplir cabalmente el Protocolo de Bioseguridad para la Prevención de la Transmisión de COVID-19 DANE – FONDANE en el marco de normas establecidas por el Gobierno Nacional.

Me comprometo a cumplir con los siguientes reportes:

- 1 Reportar cualquier cambio de mi estado de salud o el de mi familia a través del autoreporte obligatorio de condiciones de salud y síntomas asociados al COVID 19 y al correo [seguridadysalud@dane.gov.co](mailto:seguridadysalud@dane.gov.co), por la aparición de cualquier síntoma relacionado con el COVID-19, tales como: Temperatura mayor a 38°, dolor muscular, problemas respiratorios, malestar general, tos seca, mareo, congestión nasal, pérdida del olfato y del gusto o diarrea.
- 2 Reportar cualquier viaje que realice, familiares o allegados durante un periodo de 14 días dentro o fuera del país.

Me comprometo a cumplir las normas de bioseguridad de la entidad, entre las que se encuentran:

1. Uso obligatorio del tapabocas, cubriendo nariz y boca.
2. No tener contactos estrechos: más de 15 minutos, menos de 2 metros y sin tapabocas.
3. Lavado de manos de manera frecuente mínimo 5 veces al día: al ingreso, al ir al baño, ante de consumir alimentos o cada vez que se encuentren sucias.

<sup>1,2</sup> Fiebre mayor a 38°, dolor muscular, problemas respiratorios, malestar general, tos seca mareo, congestión Nasal y diarrea.

- 4 Limpiar el puesto de trabajo y elementos de la oficina como teléfonos, cosedoras, grapadoras, sacaganchos, entre otros, y demás elementos entregados para la correcta ejecución del objeto contratado.
- 5 Informar y abstenerse de presentarse a la entidad en caso de presentar síntomas relacionados con COVID-19, o haber tenido contacto con personas sospechosas o diagnosticadas con COVID-19, en las últimas dos semanas
- 6 No consumir alimentos o bebidas en los puestos de trabajo o salas de reuniones
- 7 Diligenciar semanalmente el auto reporte obligatorio de condiciones de salud y síntomas asociados al COVID-19.
- 8 Brindar la información completa y veraz sobre su salud y su entorno familiar y laboral, solicitada por el equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo, en casos de seguimiento o control, en el marco de la emergencia sanitaria expedida por el Gobierno Nacional.

Tengo claro que no cumplir con las medidas establecidas puede ocasionar las sanciones legales respectivas a que haya lugar.

Firma: *Julian Armando Montenegro Jurado*  
Nombre: *Julian Armando Montenegro Jurado*  
Cédula: *13072084 Pasto.*  
Celular: *3185561170.*  
Correo: *julianmontenegro20@gmail.com*