CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006 V-01 8/02/2025

NOMBRE: Miguel Angel Galindo G

CARGO: Ayudante

C.C.: 1042435841

3	64	25	Miguel Angel	X						X	X		X			X	X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Josue Cocola

CARGO: Oficial

C.C.: 48 75 034

TALLAS OVEROL CHAQUETA

23	04	25		X	X			X	X					

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección suministrados, igualmente acuerdo con la facultad especialmente hasta tanto sean los elementos de protección personal, que me han entregado y sean suficientes que con el desgaste no ningún tipo de daño.

CONSORCIO VR RUU

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FO-SST-006
V-01
8/02/2025

NOMBRE: Josue david García

CARGO: Oficial

C.C.: 4879039

23	04	29		X						X	X		X			X	X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos. Igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006 V-01 8/02/2025

NOMBRE: Cesar Cruz
CARGO: oficial
C.C.: 8087 8394

23	04	25	Cesar Cruz	X						X	X		X			X	X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos. Igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Cesar Cruz

CARGO: Oficial

C.C.: 86.078.944

TALLAS OVEROL [ ] CHAQUETA [ ]

13	CH	15	Cesar Cruz	X	X			X	X					

Declaro cumplimiento al Reglamento interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir con responsabilidad y cuidado de mi estado los elementos de protección. Teniendo presente deberé de recibir capacitación sobre como usar los elementos de protección laboral que me han entregado y bajo ninguna circunstancia me dar cambio de ningún tipo de elemento

CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006
		V-01
		8/02/2025

NOMBRE: Silvia Barrera

CARGO: Ayudante

C.C.: 1022368632

23	04	25	Silvia Barrera		X				-	X	X		O			X	X

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos. Igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningun tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Stiven Bocanegra

CARGO: Ayudante

C.C.: 1072968677

TALLAS

OVEROL

CHAQUETA

23	04	25	Stiven Bocanegra P.	X	X			X	X						

Doy cumplimiento al reglamento interno de trabajo y al reglamento de higiene y seguridad industrial en la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección. Declaro, garantizo bajo la gravedad de juramento, que la información aquí suministrada es absolutamente cierta y completa. Así mismo, autorizo a la empresa para que verifique la información aquí suministrada.

CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006
		V-01
		8/02/2025

NOMBRE: Silvana Ramos Bolaños

CARGO: Profesional Social

C.C.: 1193101964

09	4	25	Silvana Ramos								X							

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos. Igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y doy constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

CONSORCIO VR 2021	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Juliana Ramos

CARGO: 1143101964

C.C.: Profesional Social

TALLAS

OVEROL ☐ CHAQUETA ☐

ML - 38

9	9	25	Juliana Ramos		X									X

Declaro cumplimiento al reglamento interno de trabajo y de reglamento de higiene y seguridad industrial, de mi completa satisfacción con el suministro recibido, así mismo declaro haber recibido capacitación sobre el uso de los elementos de protección. Declaro además que he recibido información sobre como usar los elementos de protección, conozco sus riesgos y las consecuencias que son generadas por el mal uso de los mismos.

CONSORCIO VK RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Camila Andrea Velasquez.
CARGO: Ingeniera administrativa y operativa
C.C. 1.058.609.378

TALLAS OVEROL [ ] CHAQUETA [ ]

14	04	25	Camila Velasquez		X									X

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006 V-01 8/02/2025

NOMBRE: Camilo Andres Velasquez Salguero
CARGO: Ingeniero administrativo y Operativo
C.C.: 1050609723

4	04	25	[signature]								X						

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos. Igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

CONSORCIO VK RUC	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Lina Valeria Perez Cantor
CARGO: Inspector SST - AMB
C.C.: 1001317259

TALLAS 34. S.

OVEROL ☐ CHAQUETA X5

01	34	39	Valeria Perez	X	X								

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre cómo usar los elementos de protección personal que me han entregado y doy constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006 V-01 8/02/2025

NOMBRE: Lina Valeria Perez Cantor
CARGO: Inspector SST-AMB
C.C.: 1001317259

01	04	25	Valeria Perez								X				X		

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: José Arley Valdez

CARGO: conducta Fuego

C.C.: 1020527478

TALLAS OVEROL [ ] CHAQUETA [ ]

01	04	23	Arley Valdez	X	X			X	X					

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a hacer uso responsablemente y mantener en buen estado los elementos de protección. Así mismo, igualmente declaro que he recibido adecuadamente todos estos elementos de protección personal que me han sido asignados y bajo la normativa que los establece me comprometo a hacer uso de los mismos.

CONSORCIO VR RUU

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FO-SST-006	
V-01	
8/02/2025	

NOMBRE: Jose Aeloy valdes brito
CARGO: conductor Furgón
C.C.: 1024527718

01	04	25	Aeloy valdes	X						x	x		x			x	x	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningun tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Pedro Rodriguez

CARGO: Ayudante

C.C.: 80466733

TALLAS OVEROL [ ] CHAQUETA [ ]

01	04	25	Pedro	X	X			X	X					

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos. igualmente declaro que he recibido capacitación sobre cómo usar los elementos de protección personal que me han entregado y deja constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006 V-01 8/02/2025

NOMBRE: Pedro Rodriguez

CARGO: Ayudante

C.C.: 80 466 733

01	04	25	Pedro R	X						X	X		X			X	X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Michael Castellanos

CARGO: Abogado

C.C.: 64166195

TALLAS OVEROL [ ] CHAQUETA [ ]

81	64	25	Michael Castellanos	X	X			X	X						

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006 V-01 8/02/2025

NOMBRE: Michael Castellanos

CARGO: Ayudante

C.C.: 64906195

01	04	25	Michael Castellanos	X						X	X		X			X	X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Fitzgerald Gomez

CARGO: Ayudante

C.C.: 6241856

TALLAS OVEROL [ ] CHAQUETA [ ]

01	04	25	[signature]	X	X			X	X					

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y doy constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006
		V-01
		8/02/2025

NOMBRE: Fitzgerald Gomez

CARGO: Ayudante

C.C.: 641 68 596

01	04	23		X						X	X		X			X	X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006 V-01 8/02/2025

OMBRE: [illegible] Hernandez

ARGO: Ayudante

.C.: 91363123

01	04	25	[illegible] Hernandez		X					X	X		X			X	X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	ENTREGA DE DOTACIÓN	FO-SST-005
		Versión-01
		feb-25

NOMBRE: Jesus Hernandez

CARGO: Ayudante

C.C.: 91363183

TALLAS 39 OVEROL [ ] CHAQUETA [ ]

01	04	25	Jesus Hernandez	X	X		X	X							

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

CONSORCIO VR RUU	FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FO-SST-006 V-01 8/02/2025

)MBRE: Mauricio Hernandez

ARGO: Conductor

C.: 80776890

	24	29	MAuricio H.		X														

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

ANEXO 4. CONDICIONES DE SALUD

CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024
NIT: 901903583-6

CIVA-745-2024-018-E

Bogotá D.C 30 de abril de 2025

Doctora:
DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local De Rafael Uribe Uribe
Bogotá

Asunto: Aprobación y entrega del ANEXO 4 (CONDICIONES DE SALUD).

Referencia: Contrato de Interventoría No. CIN 745 de 2024 - Contrato de obra pública No. COP 748 de 2024

Respetada alcaldesa reciba un cordial saludo,

Por medio de la presente, la interventoría **CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024**, luego de la revisión y la aprobación del ANEXO 4 que hace parte del Informe 1 del mes de (marzo - abril 2025), que fue entregado por el contratista **CONSORCIO VR RUU** a esta interventoría; se procede a dar la aprobación a dicho ANEXO.

En caso de cualquier inquietud por favor comunicarse al correo interviasarm2024@gmail.com

Cordialmente,

JUAN PABLO LEMUS ACEVEDO
Representante Legal interventoría

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

FECHA: 01-04-2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Andrea Carolina Martin EDAD: 24 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 20/11/2000 SEXO: F [X] M [ ]

EMPRESA: Consorcio VR RUU CARGO: Ingeniera Junior

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [X] N/A [ ]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Hermana

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Hermana

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X]

¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Andrea Martin
Firma Colaborador

Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA: 01- Abril - 2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Laisa Maria Tautiva L. EDAD: 26 RH: A+

FECHA DE NACIMIENTO: 23 - Octubre - 1998 SEXO: F [X] M [ ]

EMPRESA: Consorcio VR RUU CARGO: Profesional Social

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [X] N/A [ ]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Padre, Madre, Hermano

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Padre - Hermano

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Firma Colaborador

Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

INFORMACIÓN PERSONAL

FECHA: 1-4-2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Ana Valeria Perez C. EDAD: 24 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 12 marzo 2001 SEXO: F [X] M [ ]

EMPRESA: Consorcio VR RUU CARGO: Inspector SST-AMB

DATOS DE INTERÉS MÉDICO

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI [ ]	NO [X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI [ ]	NO [X]
Dificultad Respiratoria	SI [ ]	NO [X]
Ha presentado Tos	SI [ ]	NO [X]
Otros: _____		

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [X] N/A [ ]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Mamá _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Las 2. _____ _____

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Valeria Perez C.
Firma Colaborador

Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

DATOS DEL TRABAJADOR

FECHA: 1-4-2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Gustavo Pinzon EDAD: 28 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 24/04/2025 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: Consorcio VR RUU CARGO: SISO-OST

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[ ]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[ ]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[ ]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[ ]

Otros: _____

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [/] N/A [X]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Padre, madre

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Ninguno

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Gustavo Burgueño
Firma Colaborador

Diana Corral
Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

FECHA: 14-01-2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Camila Velasquez. EDAD: 32 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 12-01-1993 SEXO: F [X] M [ ]

EMPRESA: Consorcio BRU. CARGO: Ingeniera Ambiental y Sanitaria

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [X] N/A [ ]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[X]	NO	[ ]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Amiga _____

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Angie Gomez _____

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Firma Colaborador

Diego Cano
Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA: 09/04/2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Liliana [illegible] [illegible] EDAD: 23 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 02/11/2025 SEXO: F [X] M [ ]

EMPRESA: VR - RUU CARGO: Profesional Social

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [X] N/A [ ]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: mamá (papá) hermano tia

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

hermano - Ingreso total fijo

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Firma Colaborador

Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

INFORMACION GENERAL

FECHA: 28-04-20

NOMBRE Y APELLIDOS: Silvia Barrios EDAD: 33 RH: _____

FECHA DE NACIMIENTO: 13-04-1991 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: Dise Ingeniería CARGO: Ayudante

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [ ] N/A [X]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: 2 hijos y esposa

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Shirley Bocanegra

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X]

¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Shirley Bocanegra P.
Firma Colaborador

Diana Corral
Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

INFORMACION GENERAL

FECHA: 23-04-20

NOMBRE Y APELLIDOS: Cesar Cruz EDAD: _____ RH: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F ☐ M ☒

EMPRESA: Dlos ingenieria CARGO: oficial

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien ☒
Regular ☐
Mal ☐
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI ☐
NO ☒
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI ☐
NO ☒

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI ☐ NO ☐

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI ☐ NO ☐

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 dias

Fiebre mayor a 38 °	SI	☐	NO	☒
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	☐	NO	☒
Dificultad Respiratoria	SI	☐	NO	☒
Ha presentado Tos	SI	☐	NO	☒
Otros: _____				

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente ☐
Diabetes insulino dependiente ☐
N/A ☒

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico ☐ No Uso ☒ Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [ ] N/A [X]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive:

Solo

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Yo

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X]

¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Cesar Arce
Firma Colaborador

Diana Cool
Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

INFORMACION GENERAL

FECHA: 23-04-20

NOMBRE Y APELLIDOS: Jose David Garcia EDAD: 36 RH: ____

FECHA DE NACIMIENTO: 06-06-1988 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: Diseingeniaria CARGO: Oficial

DATOS DEL TRABAJADOR

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique ____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique ____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo ____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: ____

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: ____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [ ] N/A [X]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Otros: _____				

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive:

Solo

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Josua Garcia

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Firma Colaborador

Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

FECHA: 23-04-2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Miguel Galindo Gutic EDAD: 35 RH: A+

FECHA DE NACIMIENTO: 16-04-1990 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: Dino ingeniería CARGO: Ayudante

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [ ] N/A [X]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: _____ _____

Solo _____ _____ _____

_____

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

Yo _____ _____

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Mijua R.
Firma Colaborador

Diana Coral
Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA: 21. abril 2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Juan Andres Barros M. EDAD: 33 RH: A+

FECHA DE NACIMIENTO: 12. julio. 1991 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: Consorcio VR Ruu CARGO: P. Social

DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [+]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [+]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmativa indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 dias

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [X]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [ ] N/A [X]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Solo

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quien?

N.A.

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Firma Colaborador

Diana Corral
Firma Profesional SST

CONSORCIO VR RUU	ENCUESTA INICIAL CONDICIONES DE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

FECHA: 01-04-2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Rigoberto Muñoz Barrera EDAD: 40 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 16-04-1985 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: Consorcio VR Ruu CARGO: OP. Vibro

1. En condiciones generales como es su condición de salud en estos momentos :

Bien [X]
Regular [ ]
Mal [ ]
Explique _____

2. Padece usted de alguna enfermedad :

SI [ ]
NO [X]
Explique _____

3. Factores de exposición A COVID 19 :
Ha viajado en el último mes fuera del país

SI [ ]
NO [X]

Si su respuesta es afirmaliva indique a que país viajo _____

Si su respuesta es afirmativa , indique con X

a. Tomaron muestra al ingreso

SI [ ] NO [ ]

b. Hizo aislamiento protector y preventivo

SI [ ] NO [ ]

4. Ha tenido sintomatología compatible con COVID 19 en los últimos 14 días

Fiebre mayor a 38 °	SI	[ ]	NO	[X]
Fatiga y deterioro del estado de forma rápida	SI	[ ]	NO	[X]
Dificultad Respiratoria	SI	[ ]	NO	[X]
Ha presentado Tos	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

5. Si usted es paciente diabetico seleccione:

Diabetes no insulino dependiente [ ]
Diabetes insulino dependiente [ ]
N/A [NA]

6. Si usted hace uso de esteroides o inmunosupresores describa por qué

Manejo medico [ ] No Uso [X] Otros: _____

7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [ ] N/A [N/A]

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad renal o insuficiencia renal	SI	[ ]	NO	[X]
Asma	SI	[ ]	NO	[X]
Enfermedad hepática crónica	SI	[ ]	NO	[X]
Consumo de esteroides	SI	[ ]	NO	[X]
Diabetes	SI	[ ]	NO	[X]
Gastritis	SI	[ ]	NO	[X]
Ulcera	SI	[ ]	NO	[X]
Alteraciones de la piel	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

Hipotensión	SI	[ ]	NO	[X]
Hipertensión	SI	[ ]	NO	[X]
Dislipidemia (colesterol)	SI	[ ]	NO	[X]
Insuficiencia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]
Infarto agudo de miocardio	SI	[ ]	NO	[X]
Cirugía cardiovascular	SI	[ ]	NO	[X]
Arritmia cardiaca	SI	[ ]	NO	[X]

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI [ ] NO [X] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Hermano _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

2. Del grupo Familiar alguien sale a trabajar, ¿quién?

_____ Todos _____

3. ¿Algun familiar se encuentra con enfermedad asociada al Covid-19?

SI [ ]
NO [X] ¿Quien? _____

Lo anterior se realiza con el fin de llevar un control en los ingresos de la obra y verificar los antecedentes para el manejo de la prevención de COVID 19 y minitigar la posible propagación en obra.

El trabajador declara bajo gravedad de juramente que la informacion declara es cierta y no ha omitido ningun información sobre su estado de salud y el de su familia.

Rigoberto Muñoz B
Firma Colaborador

Firma Profesional SST