7. ¿ Se encuentra en estado de embarazo?

SI [ ] NO [ ] 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 [ ] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

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

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

Yo y mi esposa

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

SI [ ]
NO [ ] ¿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 CONDICIONESDE SALUD PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA EL PERSONAL DEL CONTRATO DE OBRA	Versión:01

INFORMACION GENERAL

FECHA: 06-08-20

NOMBRE Y APELLIDOS: Carlos Ospino EDAD: 59 RH: O-

FECHA DE NACIMIENTO: 6 Febrero 1960 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: UP CARGO: OF

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 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 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:

Mujer

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

Hijo

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.

Euclides Cossio
Firma Colaborador

Firma Profesional SST

63A

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: 6 Junio

NOMBRE Y APELLIDOS: CHAYANNE Beecha Parada EDAD: 35 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 07-10-1989. SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: LP CARGO: AYUDANTE.

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 pais

SI [ ]
NO [✓]

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 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.

CHAMANE Becerra Prado
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: 16 - 06 - 2025

NOMBRE Y APELLIDOS: miguel hernandez EDAD: 41 RH: ____

FECHA DE NACIMIENTO: 17-02-1984 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: LP 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 [ ]

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: esposa _____

_____ _____

_____ _____

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.

Firma Colaborador

Firma Profesional SST

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

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA: 06 junio 2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Brayan Russi EDAD: 38 RH: ____

FECHA DE NACIMIENTO: 13 2 1997 SEXO: F [ ] M [ ]

EMPRESA: LP CARGO: ____

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 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 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 [ ]

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 [ ]

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: Hermanos _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

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

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.

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: 6 JUNIO 25

NOMBRE Y APELLIDOS: [illegible] EDAD: 21 RH: A+

FECHA DE NACIMIENTO: 15 Julio 2003 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: L.I CARGO: Ayudante

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 ☐

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

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

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

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

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI ☐ NO ☐ Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

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

mi pareja _____ _____ _____

_____ _____

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

dos dos _____ _____

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

SI ☐
NO ☒

¿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 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: 6 junio 25

NOMBRE Y APELLIDOS: Fernando Cepeda EDAD: 53 RH: B+

FECHA DE NACIMIENTO: 30 Julio 1971 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: L.P. Ingeniería CARGO: O.E.

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 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 [ ]

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 ☐

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

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

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

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

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI ☐ NO ☐ Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

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

mujer _____

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

Todos _____

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

SI ☐
NO ☐

¿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.

Fernando S
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

INFORMACION GENERAL

FECHA: 6 junio 25

NOMBRE Y APELLIDOS: Brayan Gilberth Mora Russi EDAD: 28 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 13-02-97 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: LP. Ingeniería CARGO: encargado LP.

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 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 [ ]

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 ☐

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

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

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

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

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI ☐ NO ☐ Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Hayther Rossi
Marlon Rossi

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

Todos.

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

SI ☐
NO ☐ ¿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.

Brayan Ro
Firma Colaborador

Diana Cora
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: 6 jun 25

NOMBRE Y APELLIDOS: Alfredo Sayas S. EDAD: 55 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 20-12-1969 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: L.P. 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 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 [ ]

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 ☐

8. Presenta alguna de estas enfermedades.

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

Otros: _____

9. Antecedentes a nivel cardiovascular

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

Otros: _____

10. Antecedente a nivel osteomuscular

Le han diagnosticado artritis, osteoporosis, osteoartrocis o gota?

SI ☐ NO ☐ Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

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

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

hija _____

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

SI ☐
NO ☐ ¿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

603

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: 9 junio 2025.

NOMBRE Y APELLIDOS: Juan Saul Bello Palomo EDAD: 37 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 14 octubre 1988. SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: Ono. 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:

YO

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

YO

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

SI [ ]
NO [ ]

¿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.

Juan Saul Delle Palomo
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: 05 Junio - 2023

NOMBRE Y APELLIDOS: Edgar Fernando Tamara C. EDAD: 34 RH: A+

FECHA DE NACIMIENTO: 30 Junio - 1986 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: JPno 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 [ ] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

1. Describa el grupo familiar con el que vive: Esposa hijos.

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

Esposa y yo.

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

SI [ ]
NO [ ] ¿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 GENERAL

FECHA: 10 / 2025 / 5

NOMBRE Y APELLIDOS: diego Bustos EDAD: 42 RH: ____

FECHA DE NACIMIENTO: 10 sep 1984 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: conservacin 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 [ ]

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: _____ _____

Esposo - Hijo _____ _____ _____

_____ _____ _____

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

Yo y mi esposo _____ _____

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.

Diego Bustos
Firma Colaborador

Dana Cora
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: 16 de junio

NOMBRE Y APELLIDOS: Wilmer Sabogal EDAD: 34 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 28 marzo 1991 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: IP 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 [ ]

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 [ ] Otros: _____

DEL GRUPO FAMILIAR

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

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.

Sabaya R Wilmer
Firma Colaborador

Dora 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

INFORMACION GENERAL

FECHA: 12-06-20

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

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

EMPRESA: Disco logistica 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?

Silvia Becerra

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.

Silvia Becerra P
Firma Colaborador

Diana Cossio
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: 17-06-20

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

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: Dhg ingeniería 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 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?

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: 17-06-25

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

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

EMPRESA: Diseingeniería 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?

Josue 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

DATOS DEL TRABAJADOR

FECHA: 17-06-2025

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

DATOS DE LA VIVIENDA

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.

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: 19/06/25

NOMBRE Y APELLIDOS: Ivan espitia marchan EDAD: 27 RH: O+

FECHA DE NACIMIENTO: 06/09/1998 SEXO: F [ ] M [X]

EMPRESA: Dina 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 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: esposa e hijos

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.

Jhon ospina M.
Firma Colaborador

Firma Profesional SST

ANEXO 6. REGISTRO FOTOGRAFICO

CONSORCIO INTER VÍAS ARM 2024

NIT: 901903583-6

CIVA-745-2024-031-E

Bogotá D.C 30 de junio de 2025

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

Asunto: Aprobación y entrega del ANEXO 6 (REGISTRO FOTOGRAFICO).

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 6 que hace parte del Informe 3 del mes de (junio 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

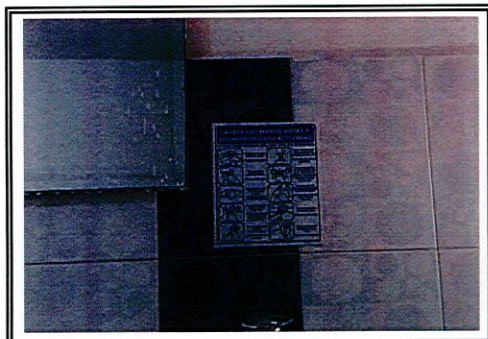
Cordialmente,

JUAN PABLO LEMUS ACEVEDO
Representante Legal interventoría

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	CONTRATO 748 DE 2024. "EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIA, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C".						
CONTRATO N° 748 DE 2024	FECHA:	1 AL 30 DE JUNIO 2025	HOJA	1	DE	1	INFORME SST - AMB

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - PUNTO CREA

		
SEÑALIZACIÓN	RUTA DE EVACUACIÓN	RUTA DE EVACUACIÓN
		
CAPACITACIÓN	PUNTO DE HIDRATACIÓN	ENTREGA DE EPP

OSCAR ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. SST

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*						
CONTRATO N° 748 DE 2024	*FECHA:*	*1 AL 30 DE JUNIO 2025*	*HOJA*	*1*	*DE*	*17*	*INFORME AMBIENTAL*

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182



INSTALACIÓN DE PMT



INSTALACIÓN DE PMT



INSTALACIÓN DE PMT

ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*						
CONTRATO N° 748 DE 2024	*FECHA:*	*1 AL 30 DE JUNIO 2025*	*HOJA*	*2*	*DE*	*17*	*INFORME AMBIENTAL*

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
CERRAMIENTOS	**CERRAMIENTOS**	**CERRAMIENTOS**

ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*

CONTRATO N° 748 DE 2024	*FECHA:*	*1 AL 30 DE JUNIO 2025*	*HOJA*	*3*	*DE*	*17*	*INFORME AMBIENTAL*

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
CAMPAMENTO - CARPA	**CAMPAMENTO - CARPA**	**CAMPAMENTO - CARPA**

ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*

CONTRATO N° 748 DE 2024	*FECHA:*	*1 AL 30 DE JUNIO 2025*	*HOJA*	*4*	*DE*	*17*	*INFORME AMBIENTAL*

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
INSPECCIONES AMBIENTALES	**INSPECCIONES AMBIENTALES**	**INSPECCIONES AMBIENTALES**

ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."

CONTRATO N° 748 DE 2024	FECHA:	1 AL 30 DE JUNIO 2025	HOJA	5	DE	17	INFORME AMBIENTAL

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
CAPACITACIÓN AMBIENTAL	CAPACITACIÓN AMBIENTAL	CAPACITACIÓN AMBIENTAL

ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*

CONTRATO N° 748 DE 2024	*FECHA:*	*1 AL 30 DE JUNIO 2025*	*HOJA*	*6*	*DE*	*17*	*INFORME AMBIENTAL*

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
PUNTO ECOLÓGICO	**PUNTO ECOLÓGICO**	**PUNTO ECOLÓGICO**

ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*

CONTRATO N° 748 DE 2024	*FECHA:*	*1 AL 30 DE JUNIO 2025*	*HOJA*	*7*	*DE*	*17*	*INFORME AMBIENTAL*

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
PUNTO DE HIDRATACIÓN	**PUNTO DE HIDRATACIÓN**	**PUNTO DE HIDRATACIÓN**

ALEJANDRO SANTAMARIA

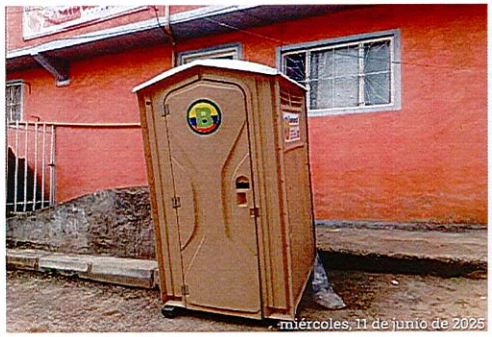
RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*

CONTRATO N° 746- 2024	*FECHA:*	*1 AL 30 DE JUNIO 2025*	*HOJA*	*8*	*DE*	*17*	*INFORME AMBIENTAL*

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
UNIDAD SANITARIA	**UNIDAD SANITARIA**	**UNIDAD SANITARIA**

ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*						
CONTRATO N° 748 DE 2024	*FECHA:*	*1 AL 30 DE JUNIO 2025*	*HOJA*	*9*	*DE*	*17*	*INFORME AMBIENTAL*

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
JONADAS DE ORDEN Y ASEO	**JONADAS DE ORDEN Y ASEO**	**JONADAS DE ORDEN Y ASEO**

ALEJANDRO SANTAMARIA

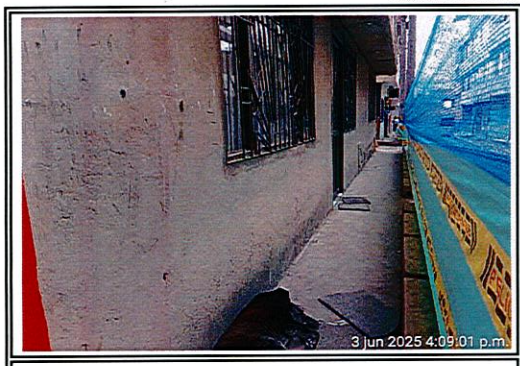
RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*

CONTRATO N° 748 DE 2024	FECHA:	1 AL 30 DE JUNIO 2025	HOJA	10	DE	17	INFORME AMBIENTAL

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
SENDEROS PEATONALES	**SENDEROS PEATONALES**	**SENDEROS PEATONALES**

ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*						
CONTRATO N° 748 DE 2024	*FECHA:*	*1 AL 30 DE JUNIO 2025*	*HOJA*	*11*	*DE*	*17*	*INFORME AMBIENTAL*

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
COBERTURA DE MATERIALES	**COBERTURA DE MATERIALES**	**COBERTURA DE MATERIALES**

ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. AMBIENTAL

CONSORCIO VR RUU / BOGOTÁ	*EJECUTAR LAS ACCIONES, ACTIVIDADES Y OBRAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL, EL ESPACIO PÚBLICO Y LOS PUENTES DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FORMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C."*						
CONTRATO N° 748 DE 2024	*FECHA:*	*1 AL 30 DE JUNIO 2025*	*HOJA*	*12*	*DE*	*17*	*INFORME AMBIENTAL*

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO

LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE - ESPERANZAS CIV 18003126 -18003182

		
PROTECCIÓN DE SUMIDEROS	**PROTECCIÓN DE SUMIDEROS**	**PROTECCIÓN DE SUMIDEROS**

ALEJANDRO SANTAMARIA

RES. AMBIENTAL