LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	X
-Sensación de malestar general	☐	X
-Fatiga o cansancio muscular	☐	X
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	X
-Tos seca y persistente	☐	X
-Dificultad para respirar	☐	X
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	X
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	X
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	X
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	X

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Donaldo Pambiano
Firma:
C.C. 18.184.508
Cargo: HSE
Dirección Residencia: B/ La Colina

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	X
-Sensación de malestar general	☐	X
-Fatiga o cansancio muscular	☐	X
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	X
-Tos seca y persistente	☐	X
-Dificultad para respirar	☐	X
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	X
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	X
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	X
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	X

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Donaldo Zambrano M.
Firma:
C.C. 18.184.508
Cargo: Ayte
Dirección Residencia: Las Colinas,

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	X
-Sensación de malestar general	☐	X
-Fatiga o cansancio muscular	☐	X
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	X
-Tos seca y persistente	☐	X
-Dificultad para respirar	☐	X
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	X
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	X
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	X
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	X

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Donaldo Lembrano
Firma:
C.C. 18.188.508
Cargo: TSE
Dirección Residencia: B/ Colinas.

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☐
-Sensación de malestar general	☐	☐
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☐
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☐
-Tos seca y persistente	☐	☐
-Dificultad para respirar	☐	☐
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☐
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☐
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☐
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☐

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Camilo Bustidas
Firma:
C.C. 1.123.304.108
Cargo: Ing. Civil
Dirección Residencia: B/ San Nicolas

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	X
-Sensación de malestar general	☐	X
-Fatiga o cansancio muscular	☐	X
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	X
-Tos seca y persistente	☐	X
-Dificultad para respirar	☐	X
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	X
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	X
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	X
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	X

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Yamil Camilo Bautidas
Firma:
C.C. 1.123.304.108.
Cargo: Ing. Residente
Dirección Residencia: Bl. La Niveles.

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☒
-Sensación de malestar general	☐	☒
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☒
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☒
-Tos seca y persistente	☐	☒
-Dificultad para respirar	☐	☒
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☒
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☒
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Oscar N. Gomez
Firma: Oskar Gomez
C.C. Electricista
Cargo: Electricista
Dirección Residencia: BJ Kenedy.

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☒
-Sensación de malestar general	☐	☒
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☒
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☒
-Tos seca y persistente	☐	☒
-Dificultad para respirar	☐	☒
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☒
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☒
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Oskar Yahom Gomez Solarte
Firma: Oskar Gomez
C.C. 1.123.205.471
Cargo: Tecnico Electricista
Dirección Residencia: B/ Kennedy

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☒
-Sensación de malestar general	☐	☒
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☒
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☒
-Tos seca y persistente	☐	☒
-Dificultad para respirar	☐	☒
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☒
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☒
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Diego Caleano.
Firma: Diego Caleano
C.C. 1.123-205-471
Cargo: Ayudante electricista
Dirección Residencia: B/ villa paz

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☒
-Sensación de malestar general	☐	☒
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☒
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☒
-Tos seca y persistente	☐	☒
-Dificultad para respirar	☐	☒
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☒
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☒
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Diego Galeano
Firma: Diego Galeano
C.C. 1.123.295.471
Cargo: Ayudante Electrico
Dirección Residencia: B/ Villa Flor 1

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☒
-Sensación de malestar general	☐	☒
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☒
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☒
-Tos seca y persistente	☐	☒
-Dificultad para respirar	☐	☒
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☒
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☒
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Jaime A. Carter
Firma:
C.C. 9[illegible]-936-693-
Cargo: Maestro de Obra
Dirección Residencia: El Paraiso

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☒
-Sensación de malestar general	☐	☒
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☒
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☒
-Tos seca y persistente	☐	☒
-Dificultad para respirar	☐	☒
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☒
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☒
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Jaime Cortez Caranova
Firma:
C.C. 92.436.693
Cargo: Maestro de Obra
Dirección Residencia: B/El Paraiso

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☒
-Sensación de malestar general	☐	☒
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☒
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☒
-Tos seca y persistente	☐	☒
-Dificultad para respirar	☐	☒
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☒
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☒
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Alejandro Cortez
Firma:
C.C. 9746693
Cargo: maestro de Hobra
Dirección Residencia: Dario Paraiso

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☒
-Sensación de malestar general	☐	☒
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☒
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☒
-Tos seca y persistente	☐	☒
-Dificultad para respirar	☐	☒
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☒
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☒
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Alejandro Cosanova.
Firma:
C.C. 93-936693
Cargo: Maestro de Obra
Dirección Residencia: Paraiso

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☒
-Sensación de malestar general	☐	☒
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☒
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☒
-Tos seca y persistente	☐	☒
-Dificultad para respirar	☐	☒
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☒
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☒
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: J. Alejandro Castro
Firma:
C.C. 97.436.693
Cargo: Maestro de la Obra.
Dirección Residencia:

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19	VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:	**SI**	**NO**
-Malestar o dolor de garganta	☐	☒
-Sensación de malestar general	☐	☒
-Fatiga o cansancio muscular	☐	☒
-Fiebre (Mayor o igual a 38°)	☐	☒
-Tos seca y persistente	☐	☒
-Dificultad para respirar	☐	☒
-Secreciones nasales o congestión nasal	☐	☒
-Pérdida del olfato y/o el gusto	☐	☒
-Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒
-En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar epp) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19	☐	☒

Manifiesto que las respuestas señaladas en la presente encuesta son totalmente veraces y que corresponden con mi estado de salud actual, la cual será utilizada para la prevención y mitigación del COVID-19.

Nombre: Alejandro Cortez
Firma: [signature]
C.C. 94.436.693.
Cargo: maestro de obra
Dirección Residencia: