LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Fecha: 5/7/2020.
Nombre: Diego Galeano
No. Identificación: 1.123.306 583.
Cargo: Ayudante Electrico
Dirección Residencia: villa paz 1

Peso en Kilogramos: 67.
Estatura en Metros: 1.77

Seleccione su edad:
-59 años o menor [X]
-60 años o mayor [ ]

Sexo:
-Masculino [X]
-Femenino [ ]

Personas que viven contigo:
-Menores de 5 años [X]
-Mayores de 60 año [ ]

Ha sido diagnosticado como diabético:
-Si [ ]
-No [X]

Ha sido diagnosticado como hipertenso:
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, cardiopatía congénita, hipertensión pulmonar, accidente cerebro vascular (derrame o trombosis cerebral).
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Trasplante de médula ósea u otros órganos (riñón, pulmón, etc.), enfermedades autoinmunes como Lupus, VIH / Sida.
-Si [ ]
-No [X]

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Recibe tratamiento con corticosteroides (por ejemplo, prednisona) por algún tipo de enfermedad:

-Si ☐
-No ☒

Ha recibido tratamiento para cáncer en los últimos 5 años, o se encuentra en tratamiento actualmente:

-Si ☐
-No ☒

Se encuentra en tratamiento médico por cirrosis hepática o enfermedad hepática crónica:

-Si ☐
-No ☒

Fuma:

-Si ☒
-No ☐

Durante su jornada de trabajo debe desplazarse a múltiples lugares fuera de la Unidad:

-Si ☐
-No ☒

El medio de trabajo que utiliza para ir y regresar del trabajo:

-Caminando ☐
-Bicicleta ☐
-Moto ☒
-Carro ☐
-Comparto carro/moto ☐
-Transporte propio de la Unidad ☐
-Otro ☐ _____

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: Mayo Galvano
Firma: _____
C.C. 1723306583

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Fecha: 5/7/2020
Nombre: Oskar N. Gomez
No. Identificación: 1.143.205.471
Cargo: Electricista
Dirección Residencia: Kennedy

Peso en Kilogramos: 80
Estatura en Metros: 1.74

Seleccione su edad:
-59 años o menor [X]
-60 años o mayor [ ]

Sexo:
-Masculino [X]
-Femenino [ ]

Personas que viven contigo:
-Menores de 5 años [ ]
-Mayores de 60 año [X]

Ha sido diagnosticado como diabético:
-Si [ ]
-No [X]

Ha sido diagnosticado como hipertenso:
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, cardiopatía congénita, hipertensión pulmonar, accidente cerebro vascular (derrame o trombosis cerebral).
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Trasplante de médula ósea u otros órganos (riñón, pulmón, etc.), enfermedades autoinmunes como Lupus, VIH / Sida.
-Si [ ]
-No [X]

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Recibe tratamiento con corticosteroides (por ejemplo, prednisona) por algún tipo de enfermedad:

-Si
-No [ ] [X]

Ha recibido tratamiento para cáncer en los últimos 5 años, o se encuentra en tratamiento actualmente:

-Si
-No [ ] [X]

Se encuentra en tratamiento médico por cirrosis hepática o enfermedad hepática crónica:

-Si
-No [ ] [X]

Fuma:

-Si
-No [ ] [X]

Durante su jornada de trabajo debe desplazarse a múltiples lugares fuera de la Unidad:

-Si
-No [ ] [X]

El medio de trabajo que utiliza para ir y regresar del trabajo:

-Caminando [ ]
-Bicicleta [ ]
-Moto [X]
-Carro [ ]
-Comparto carro/moto [ ]
-Transporte propio de la Unidad [ ]
-Otro [ ] _____

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: Oscar Gomez
C.C. 1.123.205.471

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Fecha: Richard Paz
Nombre: Richar Paz
No. Identificación: 18.111.078.
Cargo:
Dirección Residencia: B/ las Americas Calle 11.

Peso en Kilogramos: 76
Estatura en Metros: 1.57.

Seleccione su edad:
-59 años o menor [X]
-60 años o mayor [ ]

Sexo:
-Masculino [ ]
-Femenino [X]

Personas que viven contigo:
-Menores de 5 años [ ]
-Mayores de 60 año [ ]

Ha sido diagnosticado como diabético:
-Si [ ]
-No [X]

Ha sido diagnosticado como hipertenso:
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, cardiopatía congénita, hipertensión pulmonar, accidente cerebro vascular (derrame o trombosis cerebral).
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Trasplante de médula ósea u otros órganos (riñón, pulmón, etc.), enfermedades autoinmunes como Lupus, VIH / Sida.
-Si [ ]
-No [X]

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Recibe tratamiento con corticosteroides (por ejemplo, prednisona) por algún tipo de enfermedad:

-Si ☐
-No ☒

Ha recibido tratamiento para cáncer en los últimos 5 años, o se encuentra en tratamiento actualmente:

-Si ☐
-No ☒

Se encuentra en tratamiento médico por cirrosis hepática o enfermedad hepática crónica:

-Si ☐
-No ☒

Fuma:

-Si ☐
-No ☒

Durante su jornada de trabajo debe desplazarse a múltiples lugares fuera de la Unidad:

-Si ☐
-No ☒

El medio de trabajo que utiliza para ir y regresar del trabajo:

-Caminando ☐
-Bicicleta ☐
-Moto ☒
-Carro ☐
-Comparto carro/moto ☐
-Transporte propio de la Unidad ☐
-Otro ☐ _____

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: Richard Ruiz.
Firma:
C.C. 18.111.275.

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Fecha: 4/07/2020.
Nombre: Jaime D. Cortez C.
No. Identificación: 97-436.693
Cargo: Maestro Obra
Dirección Residencia: B/ el Paraiso.

Peso en Kilogramos: 70
Estatura en Metros: 1,65

Seleccione su edad:
-59 años o menor [X]
-60 años o mayor [ ]

Sexo:
-Masculino [X]
-Femenino [ ]

Personas que viven contigo:
-Menores de 5 años [X]
-Mayores de 60 año [ ]

Ha sido diagnosticado como diabético:
-Si [ ]
-No [X]

Ha sido diagnosticado como hipertenso:
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, cardiopatía congénita, hipertensión pulmonar, accidente cerebro vascular (derrame o trombosis cerebral).
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Trasplante de médula ósea u otros órganos (riñón, pulmón, etc.), enfermedades autoinmunes como Lupus, VIH / Sida.
-Si [ ]
-No [X]

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Recibe tratamiento con corticosteroides (por ejemplo, prednisona) por algún tipo de enfermedad:

-Si ☐
-No ☒

Ha recibido tratamiento para cáncer en los últimos 5 años, o se encuentra en tratamiento actualmente:

-Si ☐
-No ☒

Se encuentra en tratamiento médico por cirrosis hepática o enfermedad hepática crónica:

-Si ☐
-No ☒

Fuma:

-Si ☐
-No ☒

Durante su jornada de trabajo debe desplazarse a múltiples lugares fuera de la Unidad:

-Si ☐
-No ☒

El medio de trabajo que utiliza para ir y regresar del trabajo:

-Caminando ☐
-Bicicleta ☐
-Moto ☒
-Carro ☐
-Comparto carro/moto ☐
-Transporte propio de la Unidad ☐
-Otro ☐ _____

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 Cortes
Firma: [signature]
C.C. 97436693

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Fecha: 4/07/2020
Nombre: Ramiro Paz
No. Identificación: 12.994.772
Cargo: Ayudante de Obra
Dirección Residencia: Calle 11 N°.

Peso en Kilogramos: 74
Estatura en Metros: 1.68

Seleccione su edad:
-59 años o menor [X]
-60 años o mayor [ ]

Sexo:
-Masculino [X]
-Femenino [ ]

Personas que viven contigo:
-Menores de 5 años [ ]
-Mayores de 60 año [ ]

Ha sido diagnosticado como diabético:
-Si [ ]
-No [X]

Ha sido diagnosticado como hipertenso:
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, cardiopatía congénita, hipertensión pulmonar, accidente cerebro vascular (derrame o trombosis cerebral).
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Trasplante de médula ósea u otros órganos (riñón, pulmón, etc.), enfermedades autoinmunes como Lupus, VIH / Sida.
-Si [ ]
-No [X]

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Recibe tratamiento con corticosteroides (por ejemplo, prednisona) por algún tipo de enfermedad:

-Si ☐
-No ☒

Ha recibido tratamiento para cáncer en los últimos 5 años, o se encuentra en tratamiento actualmente:

-Si ☐
-No ☒

Se encuentra en tratamiento médico por cirrosis hepática o enfermedad hepática crónica:

-Si ☐
-No ☒

Fuma:

-Si ☐
-No ☒

Durante su jornada de trabajo debe desplazarse a múltiples lugares fuera de la Unidad:

-Si ☐
-No ☒

El medio de trabajo que utiliza para ir y regresar del trabajo:

-Caminando ☐
-Bicicleta ☐
-Moto ☒
-Carro ☐
-Comparto carro/moto ☐
-Transporte propio de la Unidad ☐
-Otro ☐ _____

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: Rommer Ros
Firma: Rommer Ros
C.C. 12994772

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Fecha: 04/7/2020
Nombre: Donaldo Zambrano
No. Identificación: 18.184.508.
Cargo: HSE
Dirección Residencia: B/ Colinas.

Peso en Kilogramos: 73
Estatura en Metros: 1.68

Seleccione su edad:
-59 años o menor [X]
-60 años o mayor [ ]

Sexo:
-Masculino [X]
-Femenino [ ]

Personas que viven contigo:
-Menores de 5 años [ ]
-Mayores de 60 año [X]

Ha sido diagnosticado como diabético:
-Si [ ]
-No [X]

Ha sido diagnosticado como hipertenso:
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, cardiopatía congénita, hipertensión pulmonar, accidente cerebro vascular (derrame o trombosis cerebral).
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Trasplante de médula ósea u otros órganos (riñón, pulmón, etc.), enfermedades autoinmunes como Lupus, VIH / Sida.
-Si [ ]
-No [X]

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Recibe tratamiento con corticosteroides (por ejemplo, prednisona) por algún tipo de enfermedad:

-Si [ ]
-No [X]

Ha recibido tratamiento para cáncer en los últimos 5 años, o se encuentra en tratamiento actualmente:

-Si [ ]
-No [X]

Se encuentra en tratamiento médico por cirrosis hepática o enfermedad hepática crónica:

-Si [ ]
-No [X]

Fuma:

-Si [ ]
-No [X]

Durante su jornada de trabajo debe desplazarse a múltiples lugares fuera de la Unidad:

-Si [X]
-No [ ]

El medio de trabajo que utiliza para ir y regresar del trabajo:

-Caminando [ ]
-Bicicleta [ ]
-Moto [X]
-Carro [ ]
-Comparto carro/moto [ ]
-Transporte propio de la Unidad [ ]
-Otro [ ] _____

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: Dorotea Lambraño
Firma:
C.C. 18.189508

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Fecha: 04/7/2020.
Nombre: Yamil Camilo Bastidas
No. Identificación: 1.123-304-108.
Cargo: Ingeniero Civil.
Dirección Residencia: B/ San Nicolas

Peso en Kilogramos: 81
Estatura en Metros: 1.71.

Seleccione su edad:
-59 años o menor [X]
-60 años o mayor [ ]

Sexo:
-Masculino [X]
-Femenino [ ]

Personas que viven contigo:
-Menores de 5 años [ ]
-Mayores de 60 año [ ]

Ha sido diagnosticado como diabético:
-Si [ ]
-No [X]

Ha sido diagnosticado como hipertenso:
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, cardiopatía congénita, hipertensión pulmonar, accidente cerebro vascular (derrame o trombosis cerebral).
-Si [ ]
-No [X]

Le han diagnosticado una o varias de estas enfermedades:
Trasplante de médula ósea u otros órganos (riñón, pulmón, etc.), enfermedades autoinmunes como Lupus, VIH / Sida.
-Si [ ]
-No [X]

LOGISTICA Y SUMINISTRO	ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE RIESGO INDIVIDUAL COVID -19	CODIGO:SGSST: 001 VERSION: 001 FECHA: 08-05-202 PAGINA: 01

Recibe tratamiento con corticosteroides (por ejemplo, prednisona) por algún tipo de enfermedad:

-Si ☐
-No ☒

Ha recibido tratamiento para cáncer en los últimos 5 años, o se encuentra en tratamiento actualmente:

-Si ☐
-No ☒

Se encuentra en tratamiento médico por cirrosis hepática o enfermedad hepática crónica:

-Si ☐
-No ☒

Fuma:

-Si ☐
-No ☒

Durante su jornada de trabajo debe desplazarse a múltiples lugares fuera de la Unidad:

-Si ☐
-No ☒

El medio de trabajo que utiliza para ir y regresar del trabajo:

-Caminando ☐
-Bicicleta ☐
-Moto ☒
-Carro ☐
-Comparto carro/moto ☐
-Transporte propio de la Unidad ☐
-Otro ☐ _____

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: Yuri Camilo Bustos Arenigas
Firma:
C.C. 1.123.304.102