

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

Qué síntomas tienes hoy:

- 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

SI

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

NO

☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒

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:

Firma:

C.C.

Cargo:

Dirección Residencia:

Richard Paz - Paz.

[Firma manuscrita]

18-11-018.

Contratista.

America S.



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: 3- oct - 2020
Nombre: Richard Paz Paz.
No. Identificación: 18 III 078.
Cargo: contratista.
Dirección Residencia: América.

Peso en Kilogramos: 76 kilos.
Estatura en Metros: 1.57

Seleccione su edad:

- 59 años o menor ☒
-60 años o mayor ☐

Sexo:

- Masculino ☒
-Femenino ☐

Personas que viven contigo:

- Menores de 5 años ☐
-Mayores de 60 año ☒

Ha sido diagnosticado como diabético:

- Si ☐
-No ☒

Ha sido diagnosticado como hipertenso:

- Si ☐
-No ☒

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 ☒

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 ☒

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

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 Paz Paz.

Firma:

Richard Paz Paz

C.C.

18.111.048.



LOGISTICA Y SUMINISTRO

**ENCUESTA DE VERIFICACION
DE SINTOMAS DIARIA COVID -19**

VERSION: 001
FECHA: 08-05-202
PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:

- 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

SI

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

NO

☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒

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:

Firma:

C.C.

Cargo:

Dirección Residencia:

Yamir Camilo Barrios
1123. 304 108
Ing. Civil.
San Nicolas

Fecha: 3- oct- 2020
Nombre: Yamil Camilo Barrios
No. Identificación: 1123.304108
Cargo: Ing. Civil
Dirección Residencia: San Nicolas

Peso en Kilogramos: 81 kilos
Estatura en Metros: 1.71

Seleccione su edad:

- 59 años o menor
-60 años o mayor

☒

Sexo:

- Masculino
-Femenino

☒

Personas que viven contigo:

- Menores de 5 años
-Mayores de 60 año

☒

Ha sido diagnosticado como diabético:

- Si
-No

☒

Ha sido diagnosticado como hipertenso:

- Si
-No

☒

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

☒

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

☒



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:
Firma:
C.C.

Carilo bastides
1-123-304-108



LOGISTICA Y SUMINISTRO

**ENCUESTA DE VERIFICACION
DE SINTOMAS DIARIA COVID -19**

VERSION: 001
FECHA: 08-05-202
PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:

- 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

SI

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

NO

☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒

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:

Delly Zolmir Tavera.

Firma:

1. 123. 209 113.

C.C.

Delly Tavera.

Cargo:

Hse

Dirección Residencia:

Kenedy.



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: 3- oct- 2020
Nombre: Delly Zolmir Tavera.
No. Identificación: 1.123.209113.
Cargo: HSE
Dirección Residencia: Kenedy.

Peso en Kilogramos: 70 kilos.
Estatura en Metros: 1.61.

Seleccione su edad:

- 59 años o menor
-60 años o mayor

☒
☐

Sexo:

- Masculino
-Femenino

☐
☒

Personas que viven contigo:

- Menores de 5 años
-Mayores de 60 año

☐
☒

Ha sido diagnosticado como diabético:

- Si
-No

☐
☒

Ha sido diagnosticado como hipertenso:

- Si
-No

☐
☒

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

☐
☒

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

☐
☒

 LOGÍSTICA 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:

Delly Zalmar Tavera

Firma:

Delly Tavera

C.C.

1-123 209-113



LOGISTICA Y SUMINISTRO

**ENCUESTA DE VERIFICACION
DE SINTOMAS DIARIA COVID -19**

VERSION: 001
FECHA: 08-05-202
PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:

- 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

SI

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

NO

☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒

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:

Firma:

C.C.

Cargo:

Dirección Residencia:

Jaime A Cortes.
[Firma]
97436693.
Maestro obra.
El paraíso.



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: 3- oct- 2020
Nombre: Jaime A costes.
No. Identificación: 97436693
Cargo: Maestro Obra.
Dirección Residencia: El Paraíso.

Peso en Kilogramos: 70 kilos
Estatura en Metros: 1.75.

Seleccione su edad:

- 59 años o menor ☒
-60 años o mayor ☐

Sexo:

- Masculino ☒
-Femenino ☐

Personas que viven contigo:

- Menores de 5 años ☒
-Mayores de 60 año ☐

Ha sido diagnosticado como diabético:

- Si ☐
-No ☒

Ha sido diagnosticado como hipertenso:

- Si ☐
-No ☒

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 ☒

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 ☒



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:

Jaime P.

Firma:

[Firma]

C.C.

[Firma]



LOGISTICA Y SUMINISTRO

ENCUESTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DIARIA COVID -19

VERSION: 001
FECHA: 08-05-202
PAGINA: 01

Qué síntomas tienes hoy:

- 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

SI

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

NO

☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒
☒

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.

123 306 583.

Cargo:

Ayudante Electrico

Dirección Residencia:

Villa Paz 1



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: 3- oct- 2020
Nombre: Diego Galeano.
No. Identificación: 1123 306 583.
Cargo: ayudante. electrico.
Dirección Residencia: Villa Paz 1.

Peso en Kilogramos: 67 kilos.
Estatura en Metros: 1.77.

Seleccione su edad:

- 59 años o menor
-60 años o mayor

☒

Sexo:

- Masculino
-Femenino

☒

Personas que viven contigo:

- Menores de 5 años
-Mayores de 60 año

☒

Ha sido diagnosticado como diabético:

- Si
-No

☒

Ha sido diagnosticado como hipertenso:

- Si
-No

☒

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

☒

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

☒



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:

Firma:

C.C.

[Firma manuscrita]