FECHA: 01-02-21

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: Anuar Perez

EDAD: 33

CARGO: Oficial.

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con niños menores de 10 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edad y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

3
NO
SI

Ester Parra Madre 56
Sari S. Perez hija 5

5. De las siguientes de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   a. Tos seca
   b. Fiebre
   c. Dolor de cabeza
   d. Dolor de garganta
   e. Cansancio
   f. Diarrea
   g. Dificultad para respirar

NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar padece de algunas de las siguientes enfermedades:
   a. Hipertensión Arterial
   b. Enfermedades Cardiacas
   c. Diabetes

Madre hipertensa

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   a. Lavado de manos regular y constante
   b. Desinfectantes
   c. El código de etiqueta respiratoria (Cubrirse con el brazo o antebrazo al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

Si

Nombre: Anuar Perez
Cargo: Oficial

Firma: Anuar

02-02-21

Anuar Perez.

33

Oficial.

3

NO

Si

Esther Parra-Madre 36

Saris Perez 5

NO

Madre - HTA.

Si

Anuar

Oficial

Anuar

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACIÓN INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Codigo: Version: 1 Fecha: 27-11-2020 Pagina 1 de 1

FECHA: 03-02-2021.
NOMBRE DEL COLABORADOR: Anuar Perez.
EDAD: 33
CARGO: Oficial.

IMPORTANTE:

Dirigido a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas son de manera motivada con de total obligatoriedad, y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS:

1. ¿Con cuantas personas convive? 3
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar? Estar Parra - Madre 56
   Sari S Perez - Hijos 5.

5. Alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

   NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar padece de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

   Madre HTA.

7. Maneja su nucleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrirse con el codo al toser o estornudar, abstenerse de regar fluidos nasales o orales)

   Aji

8. Tiene alguna condición de salud que especifique a la empresa.

Nombre: xAnuar
Cargo: x Oficial

Firma: x Anuar

FECHA: 04-02-21.
NOMBRE DEL PACIENTE: Alma Perez.
EDAD: 33
CARGO: Oficial.

IMPORTANTE:

Le pedimos el favor de responder todas las preguntas. Recuerde que la información que nos suministre es de total confidencialidad y será de gran importancia para el buen desarrollo de nuestras actividades. Agradecemos de antemano su colaboración.

PREGUNTAS

1. ¿Cuántas personas conforman su hogar? 3
2. ¿Tiene usted personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Tiene usted niños? Sí
4. Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Esta Para - Madre 56 Años
Sans. Perez 5

NO

Madre HTA.

Sí

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Código: SI-SGSST-F015 Versión 1 Fecha: 22-11-2020 Página 1 de 1

FECHA: 08-02-21.
NOMBRE DEL COLABORADOR: Anuar Perez.
EDAD: 33
CARGO: Oficial.

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta respectiva son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 3
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? no
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Esta Porra Madre 56 años.
Dani S Perez 5.

5. Tiene o alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar.

   NO
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

   X=Madre HTA.
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón o desinfectantes)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrirse al toser o estornudar, abstenerse de tocar nariz y boca)

   Si

Por favor diligenciar en letra imprenta y mayúscula

Nombre: x Anuar Perez x Anuar
Cargo: x Oficial

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Codigo: SG-SSST-FO-15 Version: 1 Fecha: 27-11-2020 Pagina 1 de 1

FECHA: 09-02-21

NOMBRE DEL COLABORADOR: Anuar Perez.

EDAD: 33

CARGO: Oficial.

IMPORTANTE

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta se manejan con total confidencialidad y que es de igual importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive con el COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 3
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Cuenta con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Esta Pareja Madre 56 años
Dani S Perez Hija 5.

5. ¿Alguno de los integrantes de su grupo familiar presenta o ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Dificultad para respirar
   - Escalofrios

NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension arterial
   - Diabetes
   - Diabetes

Madre HTA.

7. Maneja su nucleo familiar medidas de proteccion tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o alcohol glicerinado)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrirse con el brazo o antebrazo al momento de toser o estornudar, abstenerse de tocar ojos, nariz y boca)

Si

8. Tiene algun sintoma que considere importante de la

Nombre: X Anuar Perez X Anuar
Firma: X Oficial

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO A ACTIVIDADES COVID-19	Código: Versión: Fecha: Página 1 de 1

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Alguno de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de proteccion tales como:
   - Lavado de manos regular y juicioso
   - desinfectantes
   - El codigo de etiqueta respiratoria (Cubrirse la el rostro o estornudar, abstenerse de todo contacto físico y otro)

Nombre: Anuar Perez Firma: Anuar
Cargo: Oficial

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Código: GESST-FOR-0 Versión: 1 Fecha: 27-11-2020 Página: 1 de 1

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
CEDULA:
CARGO:

IMPORTANTE

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta es de carácter de total obligatoriedad y que es de responsabilidad suya cualquier inconveniente que se presente por COVID-19 con ocasión del riesgo de su contagio debido por no tener un buen comportamiento frente a las recomendaciones

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunos de los siguientes síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Gripa
   - Fiebre
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de proteccion tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrirse la boca nariz al toser o estornudar, abstenerse de tocar los ojos, la nariz y la boca)

Nombre: Anuar Perez Firma: Anuar
Cargo: Oficial

	FICHA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Código: GLOGSST FOT 5 Versión: 1 Fecha: 27-11-2020 Pagina 1 de 1

SEÑOR:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Usted o alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertención Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (según Vademecum)
   - Desinfectantes
   - El código de alguna persona que se encuentre al interior de la entidad, autorizada de forma "excepcional" y digital

Nombre: Anwar Perez Firma: Anwar
Cargo: Oficial

	LISTERIA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Código: GL-SSST-FO-15 Version: 1 Fecha: 27-11-2020 Pagina 1 de 1

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE:

Buenos días, conozca al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verídicas ya que ante la emergencia sanitaria que vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen compromiso frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS:

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. ¿Cuenta alguna de las personas con las que convive con alguna de las siguientes condiciones preexistentes?
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dificultad respiratoria
   - Fatiga
   - Dolor de garganta
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. ¿Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de alguna de las siguientes enfermedades?
   - Hipertensión arterial
   - Enfermedades pulmonares
   - Diabetes
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón) constantemente
   - El codigo de etiqueta al momento de toser al momento de estornudar (cubrirse con el codo)
   - Uso de tapabocas

Nombre: Anwar Perez Firma: Anwar
Cargo: Oficial

FECHA: 05-02-21.
NOMBRE DEL ENTREVISTADO: Juan Perez.
EDAD: 39
CARGO: Oficial

IMPORTANTE:

Estimado colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIONES S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia sanitaria del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convives? 3 NO.
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? Si
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

	Años
Esta Para Nombre	56
Juan Perez	5

5. Usted o alguna de las personas con la cual convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

   NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

   Madre HTA.

7. Maneja su nucleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrir nariz al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

8. Tiene alguna otra persona que pueda ser afectada

Nombre: [illegible]
Cargo: [illegible]

06-02-21 Juan Perez
33
Oficial.

3
Si NO

Esther para - Madre 56 Años
Dario Perez 5 años

NO

Madre HTA.

Si

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ENCUESTA DE VERIFICACIÓN DOMICILIO ACTIVIDADES COVID-19

Código:
Versión:
Fecha:
Página 1 de 1

FECHA: 01-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: Edoarned Calvo
CARGO: 30 Oficial.

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INVERSIONES [illegible] que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de no contagio nuestro por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuántas personas convive?
2. ¿Cuál vive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

3
no
1

Mayerlin Batista esposa 29
luzestela Barrios madre 50
Samuel D. Calvo hijo 7

5. Usted o algunas de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

no.

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de alguna de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

no

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos frecuente y adecuado
   - El cubrirse al toser o estornudar
   - Uso de tapabocas cuando sale de casa

Sí

Nombre: Edoarned Calvo
C.C.

Código:
SECRETARÍA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ENCUESTA DE VERIFICACIÓN INGRESO ACTIVIDADES COVID-19
Versión: 1
Fecha: 27-11-2020
Página 1 de 1

02-02-21.

Eduamed Calvo.

30

Oficial.

IMPORTANTE:

PREGUNTA:

3

NO

1

Maryorlin Batista - esposa 29.

Liz estalla Ramos. Madre - 50.

Samuel Calvo - Hijo 7.

NO

NO

Si

Edwin Calvo

X

FECHA: 03-02-21
NOMBRE DE COLABORADOR: Eduarned calvo.
EDAD: 30
CARGO: Oficial.

IMPORTANTE

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIONES S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta diligenciada son de total obligatoriedad, que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuántas personas convive? 3
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar? 1

Mayarlin Batista - esposa 29.
Luz estela Ramos - madre - 50
Samuel calvo - Hijo 7.

5. Usted o alguna de las personas con las cuales convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

   NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

   NO

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón o desinfectante)
   - El código de etiqueta respiratoria "Cubrir nariz al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos"

   Si

Por favor diligenciar de manera clara y legible la encuesta

Nombre: Eduarned calvo Firma: Eduarned
Cargo: Oficial

04-02-21

Eduarned Calvo.

30

Oficial.

3

NO

1

Años

Mayalin Batista - Esposa 29.

Luz Estrella Barrios - Madre - 50

Samuel Calvo - Hijo 7

NO

NO

Si

Código:
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ENCUESTA DE VERIFICACIÓN MIGRATORIA ACTIVIDADES COVID-19
Versión:
Fecha: 17-03-2020
Página 1 de 1

FECHA: 05-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: Edwarned calvo
EDAD: 30
CARGO: Oficial.

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERÍA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿En cuantas personas convive? 3
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños? 1
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Mayarlin Batista - Esposa 29.
Luz estela Ramos - Madre. 50.
Jesus calvo 7.

5. Usted o algunas de las personas con la cual convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

   NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

   NO

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón o desinfectante)
   - El código de etiqueta respiratoria (Cubrirse nariz y boca al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

   Si

Por favor diligenciar de forma clara y legible

Nombre: Edwarned calvo Firma: X
Cargo: Of

	GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO DE VERIFICACIÓN INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Código: Versión: Fecha: Página:

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

PARTICIPANTE

Usted ha sido seleccionado(a) para participar en la INVESTIGACIÓN DE CONTRUCTORA S.A.S. por lo cual debe contestar las siguientes preguntas de forma clara y precisa. Recuerde que la información que usted suministre es de carácter confidencial y será utilizada únicamente para fines académicos.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuántas personas vive usted?
2. ¿Cuántas de ellas son mayores de 60 años?
3. ¿Tiene niños menores?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las que usted comparte el hogar?

5. Cuando [illegible] ¿qué medidas toma para evitar contagiarse?
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
6. ¿Cuando [illegible] ¿qué medidas toma para evitar contagiarse?
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
7. Maneja en núcleo familiar medidas de protección [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID 19	Código: GI-SGSST-0115 Version: 1 Fecha: 27-11-2020 Página 1 de 1

FECHA: 08-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: Luis valdez
EDAD: 40
CARGO: Oficial.

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Yanaila Perez	Hija	23 Años
Yuranis Perez	Hija	21
Jerson Perez	Hijo	19

5. Hay en alguno de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta NO
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades cardiacas Madre Diabético
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de proteccion tales como:
   - Lavado de manos frecuente y adecuado
   - El cubrirse con antebrazo al momento de estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos? Si

Nombre: Luis valdes Firma: luis.valdes
Cargo: OF

FECHA: 09-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: Luis Valdés
EDAD: 40
CARGO: Oficial.

IMPORTANTE

Señor(a) colaborador(a) de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta serán de total obligatoriedad para garantizar el bienestar de todos los que hacemos parte de la empresa, ya que ante la emergencia que vivimos por el COVID-19 conocer el riesgo de su contagio nos permite un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 4.
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

		AÑOS
Yanaila Perez	Hija	23.
Yuranis Perez	Hija	21.
Jaison Perez	Hijo	19.

5. ¿Alguno de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta NO
   - Congestión
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas Madre diabética
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos frecuente y adecuado con desinfectantes. Si
   - El consumo de alguna droga o cigarrillo (Cuales) y el tiempo de consumo.
   - Uso de guantes y tapabocas

Por favor diligenciar el presente cuestionario de manera clara y precisa.

Nombre: Luis Valdés Firma: Luis Valdés
C.C. OF

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO DE VERIFICACIÓN INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Codigo: Version: Fecha: Página:

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Usted o alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertencion Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (Cubrirse con el antebrazo o estornudar, abstenerse de tocarse boca, nariz y ojos)

Por favor diligenciar la persona que realiza la encuesta

Nombre: luis valdes Firma: luis valdes
Cargo: OF

Fecha:
NOMBRE DEL PROVEEDOR:
Hora:
CARGO:

IMPORTANTE:

"Señor proveedor al momento de ingresar a INGOBRAS DE CONSTRUCCIÓN S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta sean verdaderas ya que esto es de total importancia para evitar contagios en nuestra empresa"

PREGUNTAS

1. ¿Ha tenido síntomas gripales recientes?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Cuenta con asma?
4. ¿Alguno de sus familiares o personas con las que convive ha tenido síntomas gripales?
5. ¿Cuenta con algún familiar en el hogar?
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de alguna de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos frecuente y adecuado
   - Uso de tapabocas
   - Distanciamiento social

Luis Valdes
OF

Luis Valdes

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACIÓN TRABAJO ACTIVIDADES COVID-19	Código: SG-SST-FO-14 Versión: 1 Fecha: 5-11-2020 Página: 1 de 1

FECHA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia activa del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial

PREGUNTAS

1. ¿Con cuántas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Usted o algunas de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de proteccion tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El código de etiqueta respiratoria (Cubrirse nariz al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

Si la favor diligenciar la persona que realiza la encuesta.

Nombre: luis valdes Firma: luis valdes
Cargo: OF

FECHA:
NOMBRE DEL CONDUCTOR:
PLACA:
CONTRATO:

IMPORTANTE:

La empresa vela por el cuidado integral de la compañía INGENIERIA DE CONSTRUCCION SAS que se responsabiliza de las actividades que realice con el total del personal, en el cual solicita implementar en todo momento las medidas de bioseguridad para prevenir el contagio del coronavirus. El riesgo de un contagio nos involucra a todos por ello tener un buen comportamiento frente a la contingencia.

PREGUNTAS

1. ¿Vive con alguna persona mayor?
2. ¿Convive con alguna persona mayor de 60 años?
3. ¿Consume cigarrillo?
4. ¿Practica hábitos de higiene y autocuidado de las personas con las que vive, cuando está en el hogar?

5. Cuando regresa a su hogar después de cumplir con sus actividades laborales ¿Como lo realiza?
   - Se cambia
   - Se baña
   - Se lava las manos
   - Se desinfecta los zapatos
   - Se lava la ropa
   - Se desinfecta
   - Ninguna de las anteriores
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar cumple con alguna de las siguientes condiciones:
   - Hipertensión arterial
   - Enfermedades cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos frecuente y adecuado
   - Distanciamiento
   - Consumo de alimentos ricos en vitamina C
   - Aislamiento preventivo

Nombre: duisvaldes
CC

Firma: duisvaldes

FECHA: 01-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: Luis Valdés
EDAD: 40
CARGO: Ofcl.

IMPORTANTE:

Damos la bienvenida al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S nos las respuestas dadas en la siguiente registrado son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que vive el COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial

PREGUNTAS

1. ¿Con cuántas personas convive? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños? SI
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar? Yanaila Perez. Hija 23.
   Yuranis Perez Hija 21.
   Leison Perez Hijo 19.
5. Alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta NO
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades cardiacas Madre Diabética.
   - Diabetes
7. Maneja en el núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos regular y jabón o desinfectante Si
   - El código de etiqueta respiratoria incluye cubrirse al toser o estornudar, abstenerse de tocar

Nombre: Luis Valdés Firma: Luis Valdés
Cargo: OF.

FECHA:
NOMBRE DEL CONDUCTOR:
CARGO:
CEDULA:

IMPORTANTE:

Como empresa preocupada por el bienestar de los trabajadores INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que se responsable dentro de la seguridad vial y la seguridad total [illegible] de total importancia que estas sean acatadas ya que con la integridad de [illegible] el PROPÓSITO de nuestras charlas de capacitación para un buen comportamiento frente a la utilización de

PREGUNTAS

1. ¿Cómo conduce por curvas y rectas?
2. ¿Conduce con personal mayores de 60 años?
3. ¿Cuantas veces?
4. ¿Mientras conduce y presenta alguna de las personas con [illegible] se distrae con algo en el bolso?

5. [illegible] ¿Cuál [illegible] la siguiente [illegible] la siguiente cantidad tomando como
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de alguna de las siguientes enfermedades?
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como
   - [illegible]
   - [illegible]
   - [illegible]

Fecha: 02-02-21.

Nombre del colaborador: Luis Valdés.

Edad: 40

Cédula: 8tiadL.

IMPORTANTE:

Indique si algún colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S. que las respuestas dadas en la encuesta positivo a COVID-19 (Coronavirus) y que a la fecha ha tenido contacto con otras personas, ya sea dentro o fuera de la empresa, para que se tomen las medidas pertinentes y no genere contagios masivos en la empresa.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuántas personas vive? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Cuántos son? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales vive en el hogar?

Yenela Perez 23 años Hija
Yoranis Perez 21 Hija
Arison Perez 19 Hijo

5. ¿Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Congestión
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión arterial
   - Enfermedades cardíacas
   - Diabetes

Madre Diabética.

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos regular y frecuente con agua y jabón
   - El consumo de alimentos ricos en vitamina C y proteínas
   - Uso de tapabocas

Si

Nombre: Luis Valdés
Cargo: OF

Firma: Luis Valdés

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
FORMATO DE VERIFICACIÓN INGRESO ACTIVIDADES COVID-19

Código:
Versión:
Fecha:
Página 1 de 1

FECHA: 03-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: Luis Valdés
EDAD: 40
CARGO: Oficial

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERÍA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta registrada son de total obligatoriedad, y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que nos encontramos expuestos a convivir del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la circunstancia.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuántas personas convive? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? no
3. ¿Convive con niños? si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Yanaika Perez 23 años Hijo
Yuranis Perez 21 Hija
Jefson Perez 19 Hijo

5. ¿Alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como?
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

NO

6. ¿Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades?
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

Madre Diabetes.

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos frecuente y correcto de acuerdo a los 5 momentos
   - El consumo de alimentos preparados en casa, el buen manejo de residuos, almacenamiento de agua, entre otros

Si

Nombre: Luis Valdés
Cargo: OF

Luis Valdés

Código:
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ENCUESTA DE VERIFICACIÓN INGRESO ACTIVIDADES COVID-19
Versión: 1
Fecha: 27-11-2020
Página 1 de 1

FECHA: 04-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: Luis Valdés.
EDAD: 40
CARGO: Oficial.

IMPORTANTE:
Estimado colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIONES S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta a continuación son de total obligatoriedad y que es de total importancia sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 4
2. ¿Cumple con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños? SI
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Yanaila Perez 23 años Hija
Yoranis Perez 21 Hijo
Jerson Perez Hijo

5. Usted o alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

Madre Diabética.

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrir nariz al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

Si

Nombre: Yduis.Valdes Firma: Yduis.Valdes
Cargo: X OF

05-04-2[illegible] Luis Valdez

40

Oficial.

4

si NO

Yanaila Perez 23 - Hijo

Yuranis Perez 21 - Hija.

Neison Perez 19 - Hijo

NO

Madre Diabética.

Luis. Valdes OF

Luis. Valdes

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID 19	Código: SI-SGSST-FO15 Versión: 1 Fecha: 27-11-2020 Página 1 de 1

FECHA: 08-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: Brayan Quiñonez
EDAD: 21
CARGO: Ayudante

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderos ya que ante la Emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Elva Ospino - Madre 44 años.
Yuli Ramos - Hermana 24.
Estayci Dalgón - Sobrina 7.

5. Usted o algunas de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

   NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades cardiacas
   - Diabetes

   NO

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El consumo de alimentos ricos en vitaminas (frutas) al poseer estos virus, abstenerse de tomar bebidas frias, o dulces

   Si

Por favor adjuntar la persona que realizo la encuesta

Nombre: _____ Firma: _____
Cargo: _____

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID 19	Código: GL-SGSST- F015 Version 1 Fecha: 27-11-2020 Página 1 de 1

FECHA: 09-02-21.
NOMBRE DEL COLABORADOR: Brayan Quiñonez
EDAD: 21
CARGO: Ayudante.

IMPORTANTE

Dando a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 cojemos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 4
2. ¿Conforman personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Años
Elva Ospino - Madre 44.
Yoli Ramos Hermana 24.
Estayci de León - Sobrina 7.

5. Alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (Cubrirse nariz al toser o estornudar, abstenerse de tocar [illegible] y ojos)

Por favor diligenciar, firmar y leer muy detenidamente la encuesta.

Nombre: _____ Firma: _____
Cargo: _____

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVIDADES COVID-19	Codigo: SGSST-2019 Version: 1 Fecha: 27-11-2020 Pagina 1 de 1

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S que las respuestas dadas en la siguiente entrevista son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia de la que somos vivo del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 68 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Usted o alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección vales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta (estornudar o toser al interior del codo, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

Por favor diligenciar la persona que realiza la encuesta

Nombre: _____ Firma _____

Cargo: _____

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Código: GESSST- FO16 Versión: 1 Fecha: 27-11-2020 Página 1 de 1

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE:

Señor colaborador, al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que vivimos del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Cercanía algunas de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su núcleo familiar medidas de proteccion tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrirse nariz y boca al estornudar, abstenerse de tocar cara, nariz, ojos)

Firma: Diligencia la persona que realiza la encuesta

Nombre: Fecha:
Cargo:

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE PERCEPCION INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Codigo: Version: Fecha: Pagina 1 de 1

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Usted o alguno de las personas con las cuales convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos frecuente y profundo
   - Desinfectantes
   - El cubrirse la nariz y la boca con el codo al momento de estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos
8. Tiene algún familiar que sea mayor de 60 años

Nombre: Firma:
Cargo:

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Codigo: SG-SSST-F015 Version: 1 Fecha: 2- 11-2020 Página 1 de 1

FECHA:
NOMBRES DEL COLABORADOR:
CLAN:
CARGO:

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta a continuación de total confidencialidad y que es de total importancia que sean reales verdaderas y que durante la emergencia sanitaria del COVID-19 corrobora el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Conviven con personas mayores de 60 años?
3. ¿Conviven con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Usted o alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Dificultad para respirar
   - Diarrea
   - Dificultad para caminar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de proteccion tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrirse con el brazo o estornudar adecuadamente de toser hacia el codo)

Nombre: _____ Firma: _____
Cargo: _____

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SINCRONIZACIÓN DE VERIFICACIÓN INGRESO ACTUALIZADO COVID-19

Código:
Versión:
Fecha:
Página:

FECHA: 03-02-21.
NOMBRE DEL COLABORADOR: Brayan Quiñonez.
EDAD: 21
CARGO: Ayudante.

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa MULTISERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN S.A. Sigue las respuestas dadas en el cuestionario realizado son de total obligatoriedad y que en el total apropiado que estas sean verdaderas ya que ante la coyuntura que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convives? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 65 años? NO
3. ¿Convive con niños? SI
4. ¿Nombre y edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Elvia Ospino - Madre 44
Yuli Ramos - Hermana 24.
Estayci De leon - Sobrina 7.

5. Usted o algunas de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fatiga
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Fiebre
   - Dificultad para respirar

NO

6. Algunos de los integrantes de su grupo familiar cuida de algunas de las siguientes personas:
   - Personas con Asma
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

NO

7. Maneja en su hogar familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón desinfectante)
   - El cubrir de estornudar (usar el codo) Cubrirse la nariz o boca cuando estornuda o tose con un pañuelo desechable
   - Uso de tapabocas

SI

Nombre: Brayan Quiñonez
Cargo: Ayudante

Brayan

01-02-21.

Brayan Quiñonez.

24
Ayudanta.

4

NO

Si

Elva Ospino - Hoola - 44.
Yolp Ramos - Hermana - 24.
Estefi De León - Sobrina 7.

NO

NO

Si

Brayan @
Ayudante

Brayan Quiñonez

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ENCUESTA DE VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES COVID-19

Código:
Versión:
Fecha:
Página:

FECHA: 02-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: Brayan Quiñonez.
EDAD: 21
CARGO: Ayudante.

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las preguntas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen compromiso frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 4.
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños? SI
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar? Elva Ospino - Madre - 44.
   Yuli Ramos - Hermana - 24.
   Estayci de León - Sobrina 7.

5. Durante algunas de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta NO
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades cardiacas NO
   - Diabetes
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón o desinfectante) SI
   - El código de etiqueta respiratoria (cubrirse nariz y boca al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

Por medio diligencio con la persona encargada la encuesta

Nombre: Brayan Quiñonez Firma: Brayan Quiñonez.
Cargo: Ayudante

04-02-21

Brayan Quiñonez

21

Ayudante.

4

Si NO

Elvia Ospino - Madre 44.

Yuli Ramos - Hermana 24

Estaicy de león - Sobrina 7.

NO

NO

Si

Brayan Quiñonez
Ayudante

Brayan Quiñonez

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CHECK LIST DE VERIFICACIÓN INGRESO ACTIVIDADES COVID-19

Código:
Versión: 1
Fecha: 27-11-2020
Página 1 de 1

FECHA: 05 - 02 - 21
NOMBRE DEL COLABORADOR: Brayan Quiñonez.
EDAD: 21
CARGO: Ayudante.

IMPORTANTE:

Estimado colaborador de la empresa INGENIERÍA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S este las respuestas dadas en el formulario realizado son de total obligatoriedad y que él de ellas sean verídicas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? NO
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Años
Elva Ospino - Madre - 44.
Yuri Ramos - Hermana 24.
Estaicy de León - Sobrina 7.

5. Ha tenido alguna de las personas con la que convive los presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

NO

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrirse con el codo al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

Si

Por favor diligenciar la información solicitada.

Nombre: Brayan Quiñonez Firma: Brayan Quiñonez
Cargo: Ayudante

Cédula:
Nombre Ap.: OCUPACIÓN
edad:
cargo:

IMPORTANTE

En cumplimiento al reglamento de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta a continuación sea de total obligatoriedad y juego de total importancia que esta sea veraz ya que dicha información es para COVID-19 evitar un posible contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas vive?
2. ¿Con quien vive personas mayores de 60 años?
3. ¿Cómo se moviliza?
4. ¿Tiene usted familiares y contacto de las personas con las cuales convive en su lugar?

5. Marque con una (X) en que grupo poblacional se encuentra usted. Ayudame a identificar:
   - Gestante
   - Lactancia
   - Madre cabeza de familia
   - Enfermedad preexistente
   - Adulto mayor
   - Ninguna
   - Otra ¿Cuál?
6. Marque con una (X) en que grupo poblacional se encuentra usted. Ayudame a identificar:
   - Hipertensión arterial
   - Enfermedad pulmonar crónica
   - Diabetes
   - Cáncer
   - Enfermedad renal crónica
   - Enfermedad cardiaca isquémica
   - Ninguna
   - Otra ¿Cuál?

Marque la(s) casilla(s) medidas de protección

- Lavado de manos (agua y jabón) o uso de desinfectante
- El cargo le obligaría a exponerse a clientes al hacer entrevistas, abstenerse de tocar superficies y objetos
- Uso de tapabocas
- Uso de guantes
- Ninguna
- Otra ¿Cuál?

FECHA: 08-02-21.
NOMBRE DEL COLABORADOR: José Bolaño.
CARGO: Oficial.

INFORMACIÓN:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIÓN S.A si que las respuestas dadas en la encuesta están de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la contagiosidad que vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿En cuantas personas convive? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? si
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Edith Escobar esposo. 39 Años.
Manuel Bolaño Padre 79.
Amparo Camarza Madre 92.

5. Tiene o algunas de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

   NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

   NO

7. Maneja su nucleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos regular y sabon o desinfectante
   - El cambio de alguien que vuelva a casa al llegar, o esterilizar, alcohol gel de mano Loza, ropa y ropa

   Si

Por favor, asegúrese de que todas las respuestas sean correctas.

Nombre: xgose manuel Firma: xgose
Cargo: oficial

Codigo:
DECLARACIÓN DE AUTOCUIDADO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PROTOCOLO DE VERIFICACION INGRESO A OBRA
COVID-19

Version: 1
Fecha: 29-11-2020
Pagina 1 de 1

FECHA: 09-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: José Bolaño.
EDAD: 40
CARGO: Oficial.

PARTICIPANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S que las respuestas dadas a la siguiente encuesta son de total obligatoriedad y aporte de total importancia para el bienestar y cuidado de todos, y que ante la emergencia que vive el COVID-19 reducimos el riesgo de un contagio nuevo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS:

1. ¿Con cuántas personas convive? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? Si
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

		Años
Edith Escobar	Esposa	39
Manuel bolaño	Padre	74.
Amparo Comanno	Madre	92.

5. Usted o alguno de los integrantes de su grupo familiar ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Fiebre
   - Dificultad para respirar

NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de alguna de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

NO

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos frecuente (jabón y desinfectante)
   - El codigo de estornudo (estornudar en el antebrazo y no en la mano)
   - Uso de tapabocas

Si

Jgose manuel
Ayudante

Jgose

	SIGTERRA DE COLOMBIA S.A.S SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID 19	Código: Versión 1 Fecha: 21-11-2020 Página 1 de 1

FECHA:
NOMBRES DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

DIRIGIDA:

Dirigido a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad, ya que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que con la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Usted o alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades Cardiacas.
   - Diabetes.
7. Maneja su nucleo familiar medidas de proteccion tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrir nariz al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

Se favor diligenciar la parte inferior en mayuscula

Nombre: Jose Bolaño Firma: jose
Cargo: Ayudante

Fecha:
Nombre del colaborador:
CC/DI:
Cargo:

IMPORTANTE

Se le solicita al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta a continuación sea de total honestidad y que sea de vital importancia que la diligencie ya que esta le brindara una visión del COVID-19 conforme al riesgo de su entorno laboral por su rol y un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. [illegible] ¿presenta [illegible] como:
   - Tos seca
   - Dolor de cabeza
   - Dificultad para respirar
   - Dolor en el pecho
   - Diarrea
   - Dolor muscular
   - Fiebre
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar cuenta con alguna de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección como:
   - Lavado de manos frecuente y prolongado
   - El codigo de etiqueta respiratoria [illegible] al toser o estornudar [illegible] de la mano
   - [illegible]

Cordialmente,

Cargo:

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Código: SG-SST-F015 Versión: 1 Fecha: 27-11-2020 Pagina 1 de 1

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE!

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. Dentro de algunas de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de proteccion tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (Cubrir nariz si tose o estornuda, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

Declaro bajo gravedad de juramento que lo registrado es correcto.

Nombre: X Firma: X

Cargo: Y

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE:

Teniendo en cuenta el cumplimiento de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta serán de total confidencialidad, que es de total importancia que todas sean verdaderas, ya que con la emergencia sanitaria del COVID 19 es un riesgo de contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la misma.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Enumere actividades y personas de las personas que las realizan comparte el hogar?

5. Diligencie la siguiente información sobre las personas con las que convive
   - Nombre
   - Edad
   - Fecha de nacimiento
   - Parentesco
   - Ocupación
   - Teléfono
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de alguna de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedad Cardiaca
   - Diabetes
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos antes y después de
   - Uso de tapabocas
   - El código de vestuario es el apropiado para el trabajo
   - Uso de gafas
   - Uso de guantes

X X X

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACION INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Código: Versión: Fecha: Página:

FECHA: 01-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: José Bolaño
EDAD: 40
CARGO: Oficial.

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIONES S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? Si
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar? Edith Escobar - esposa 39.
   Manuel Bolaño - Padre 74.
   Antonio Camacho - Madre 92.
5. Usted o alguna de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza NO
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión arterial NO
   - Enfermedades cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabón o desinfectante) Si
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrirse nariz al toser o estornudar, abrirse con el codo de ser necesario y usar)

Para su diligenciamiento se realiza por medio de la siguiente persona:

Nombre: gose manuel opizial Firma: gose
Cargo:

02-02-21.

José Bolaño

40

Oficial.

4

Sí

Sí

Edith Escobar - esposa 39.
Manuel Bolaño - Padre 74.
Aurora Carranza - Madre 92.

NO

NO

Sí

José Bolaño
Oficial

3082

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACIÓN MONTAJE ACTIVIDADES COVID-19	Código: Versión: Fecha: Página 1 de 1

FECHA: 03-02-21
NOMBRE DEL COLABORADOR: José Bolaño
EDAD: 40
CARGO: Oficial.

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCIÓN S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de vital importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive? 4
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años? Si
3. ¿Convive con niños? Si
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

Edith Escobar - esposa 39.
Manuel Bolaño - Padre 74.
Dusano Carmona - Madre 92.

5. Usted o algunas de las personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar

   NO

6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar sufre de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertension Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes

   NO

7. Maneja su núcleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrirse nariz al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

   Si

Por favor diligenciar la información solicitada en mayúscula

Nombre: gose Bolaño Firma: gose
Cargo: oficial

N.C.C.N.
NOMBRE DEL COLABORADOR:
BUSA:
CARGO:

RECOMENDACIONES:

Para el ingreso del colaborador(a) de la empresa CONSTRUCCIONES S.A.S. que las respuestas dadas en la encuesta sean verídicas, de lo contrario se tomará como falta grave y se procederá a la terminación del contrato laboral. Recuerde que el COVID-19 es un virus de fácil contagio masivo por lo que se recomienda tomar las medidas de prevención.

PREGUNTAS

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Tiene en casa personas mayores de 60 años?
3. ¿Tiene niños en casa?
4. ¿Alguna de las personas con las que vive es trabajador de la salud? ¿Trabaja en contacto con personas infectadas por COVID-19?
5. ¿Ha tenido síntomas como fiebre, tos seca, dificultad para respirar, dolor de garganta, dolor de cabeza, diarrea, pérdida del olfato o del gusto en los últimos 14 días?
6. ¿Ha estado en contacto con personas que hayan sido diagnosticadas con COVID-19 en los últimos 14 días?
7. ¿Conoce las medidas de protección para evitar el contagio del COVID-19?

Nombre: Yoselin Yoselin
Firma: Yoselin

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA DE VERIFICACIÓN / INGRESO ACTIVIDADES COVID-19	Código: Versión: Fecha: Página 1 de 1

FECHA:
NOMBRE DEL COLABORADOR:
EDAD:
CARGO:

IMPORTANTE:

Damos a conocer al colaborador de la empresa INGENIERIA DE CONSTRUCCION S.A.S que las respuestas dadas en la encuesta realizada son de total obligatoriedad y que es de total importancia que estas sean verdaderas ya que ante la emergencia que se vive del COVID-19 corremos el riesgo de un contagio masivo por no tener un buen comportamiento frente a la crisis mundial.

PREGUNTAS:

1. ¿Con cuantas personas convive?
2. ¿Convive con personas mayores de 60 años?
3. ¿Convive con niños?
4. ¿Nombres, edades y parentesco de las personas con las cuales comparte el hogar?

5. De esas personas con las que convive ha presentado síntomas como:
   - Tos seca
   - Fiebre
   - Dolor de cabeza
   - Dolor de garganta
   - Cansancio
   - Diarrea
   - Dificultad para respirar
6. Alguno de los integrantes de su grupo familiar padece de algunas de las siguientes enfermedades:
   - Hipertensión Arterial
   - Enfermedades Cardiacas
   - Diabetes
7. Maneja su nucleo familiar medidas de protección tales como:
   - Lavado de manos (agua y jabon o desinfectante)
   - El codigo de etiqueta respiratoria (cubrir con el codo al toser o estornudar, abstenerse de tocar boca, nariz y ojos)

Por favor diligencie la encuesta que verifica la asistencia

Nombre: José Bolaños Firma: José
Cargo: Oficial