



CONJUNTO RESIDENCIAL CAÑAVERAL LAGO CAMPESTRE

Código:

MES.CRCLC

MONITOREO ESTADO DE SALUD CONTRATISTAS

Versión:

01

Por favor sea sincero al emitir su respuesta, de usted depende que las estrategias, alternativas y actividades planteadas para minimizar o mitigar la trasmisión del virus COVID-19, de manera que se asegure la protección de los contratistas.

Nombre: _____ **Documento de identidad:** _____

Objetivo: Minimizar o mitigar la trasmisión del virus COVID-19, de manera que se asegure la protección de los contratistas.

Los aquí firmantes conocemos el objetivo y esta actividad. **Fecha:** _____

N°	Nombre completo	Doc. Identidad	Temperatura* (°C)			Síntomas*									EPP's		Higienización de manos			Firma		
			I	O	S	F	DG	CN	T	DR	F1	E	DM	M	TB	I	O	S				
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						

(*) **I**=Ingreso **O**=Operación **S**=Salida **F**=Fiebre **DG**=Dolor de Garganta **CN**=Congestión Nasal **T**=Tos **DR**=Dificultad para Respirar **F1**=Fatiga **E**=Escalofrío **DM**=Dolor Muscular Durante la jornada **M**=Monogafas **TB**=Tapabocas- Al ingresar, durante jornada y al salir a casa