

Nombre y apellido del trabajador:

Edad:

Cargo:

Maitha Cecilia Perez

Operaria Aux de Cocina

Tipo de Inspección: Diaria: () Semanal: (X) Mensual: ()

SEMANA DEL 29 AL 6 DEL MES DE Diciembre DE 2020

DATOS DEL TRABAJADOR

ITEM	CARACTERISTICAS	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	¿A viajado fuera del país o de la ciudad? A donde _____		X		X		X		X		X		X		X
2	Paciente o familiar ha viajado al exterior en los últimos 5 días y se ha tenido contacto estrecho		X		X		X		X		X		X		X
3	Sospecha haber tenido relación cercana con personas que tengan enfermedad contagiosa COVID-19.		X		X		X		X		X		X		X
4	Trabajador presenta dolor de cabeza, tos		X		X		X		X		X		X		X
5	Trabajador presenta decaimiento.		X		X		X		X		X		X		X
6	Trabajador presenta dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		X
7	Trabajador presenta malestar general		X		X		X		X		X		X		X
8	Trabajador presenta dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X
9	Trabajador realiza control de lavado de manos constantemente	X		X		X		X		X		X		X	
10	Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud	X		X		X		X		X		X		X	
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado)	35.6		36.0		35.8									

Firma del trabajador maitha perez

Realizado Por: Veronica

Supervisado por: Veronica



VALIDACION DE CONDICIONES DE SALUD COMO MEDIDA PREVENTIVA ANTE EL COVID 19

Fecha elaboración: Abril de 2020
Codigo: SST-REG-031

VER. 1.0 Pág. 1 de 1

Nombre y apellido del trabajador :

Edad :

Cargo :

Elizabeth Castillo

43

Operaria Aux de Cocina

Tipo de Inspección: Diaria: () Semanal: (X) Mensual: ()

SEMANA DEL 29 AL 6 DEL MES DE Diciembre DE 2020

ITEM	CARACTERÍSTICAS	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	¿A viajado fuera del país o de la ciudad? A donde _____		X		X		X		X						
2	Paciente o familiar ha viajado al exterior en los últimos 5 días y se ha tenido contacto estrecho		X		X		X		X						
3	Sospecha haber tenido relación cercana con personas que tengan enfermedad contagiosa COVID-19.		X		X		X		X						
4	Trabajador presenta dolor de cabeza, tos		X		X		X		X						
5	Trabajador presenta decaimiento.		X		X		X		X						
6	Trabajador presenta dificultad para respirar		X		X		X		X						
7	Trabajador presenta malestar general		X		X		X		X						
8	Trabajador presenta dolor de garganta		X		X		X		X						
9	Trabajador realiza control de lavado de manos constantemente	X	NO	X		X									
10	Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud	X		X		X									
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado)	35.9		36.1		35.9									

Firma del trabajador

Elizabeth C

Realizado Por:

Munoz

Supervisado por:

Munoz