

Marca temporal	Nombres y Apellidos Completos	Numero de Identificación	Edad	EPS	ARL	Fondo de pensiones.
-----------------------	--------------------------------------	---------------------------------	-------------	------------	------------	----------------------------

Genero	Localidad	Barrio	Dirección	Celular	Correo Institucional	Extensión

(en cuarentena) cual es su lugar de trabajo. Marque todas las opciones	De que manera se trasportaría a su sitio de trabajo.	estación de trasmilenio saldría y a cual llegaría en caso de utilizar este medio de transporte	Nivel Ocupacional	Tipo de Vinculación	Dependencia	Le ha sido diagnosticada alguna(s) de las siguientes condiciones de salud.
---	---	---	--------------------------	----------------------------	--------------------	---

Por favor indique si actualmente usted fuma	Por favor indique cuantos cigarrillos consume diariamente	Con quien vive actualmente ?	las personas con las que convive le ha sido diagnostica da alguna (s) de las siguientes	las personas con las que convive le ha sido diagnostica da alguna (s) de las siguientes	las personas con las que convive le ha sido diagnostica da alguna (s) de las siguientes	las personas con las que convive le ha sido diagnostica da alguna (s) de las siguientes
--	--	-------------------------------------	--	--	--	--

las personas con las que convive le ha sido diagnosticada alguna (s) de las siguientes	las personas con las que convive le ha sido diagnosticada alguna (s) de las siguientes	las personas con las que convive le ha sido diagnosticada alguna (s) de las siguientes	las personas con las que convive le ha sido diagnosticada alguna (s) de las siguientes	Por favor indique si usted cuida y/o convive con:	Se encuentra en estado de embarazo.	Es usted paciente confirmado de COVID-19.
--	--	--	--	---	-------------------------------------	---

Presenta usted alguno de los siguientes síntomas.	Ha estado en contacto con paciente diagnosticado con el COVID-19	Ha llegado recientemente del exterior.	Alguna de las personas con las que vive es mayor de 60 años	las personas con las que convive desarrollan labores en entidades que prestan servicios de	Usted considera que sus labores pueden ser desempeñadas de:	Indique cual es la función principal a desempeñar .
--	---	---	--	---	--	--

<p>Autoriza usted el manejo de sus datos personales.</p>			
--	--	--	--