Nombre completo : Fecha :

Lugar : Compañía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.11.2021

Si usted tiene alguno de los siguientes síntomas y/o tuvo contacto cercano con algún caso positivo o sospechoso de COVID-19, o estuvo en el exterior del país los últimos 14 días en áreas con casos positivos informe al Jefe 2 de Salud y Seguridad (cel. 72125291) de todo el personal que estará en turno en sitio de trabajo o personal de oficina.



Declaración del solicitante: Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que la información suministrada arriba por mí es verdadera.

Firma:

Firma y aclaración del médico responsable:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Aplicable solo para Contratistas:**

Registro Fotográfico de Evaluación del Médico Responsable