

CONTROL DIARIO DE SINTOMAS ASOCIADOS A COVID-19

Si usted presenta alguno de los siguientes síntomas, por favor regístrelo y comuníquese a su jefe inmediato:

1. Fiebre	4. Tos	7. Pérdida de olor y/o sabor	
2. Malestar general	5. Dificultad respiratoria	8. Diarrea y/o vómito	
3. Escalofríos	6. Náuseas.	9. Dolor de cabeza, garganta, pecho o abdomen	
FECHA	EMPLEADO	SINTOMAS QUE PRESENTA	FIRMA
27-08-2020	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
27-08-2020	Vanessa Hernandez	N.A	Vanessa
27-08-20	Gloria Eleana	NA	Gloria
28-08-2020	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
28-08-2020	Vanessa Hernandez	N.A	Vanessa
28-08-2020	Angel Florez	N.A	Angel
28-08-20	Gloria Eleana	NA	Gloria
31-08-20	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
31-08-20	Gloria Eleana	NA	Gloria
01-09-20	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
02-09-20	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
2-09-20	Daniela Taborda	N.A	Danielat.
3-09-20	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
3-09-20	Daniela Taborda	N.A	Daniela T.
03-09-20	Vanessa Hernandez	N.A	Vanessa
3-09-20	Gloria Eleana	NA	Gloria Eleana
4-09-20	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
4-09-20	Gloria Eleana	NA	Gloria Eleana
07-09-20	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
7-09-20	Gloria Eleana	NA	Gloria Eleana
09-09-20	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
10-09-20	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
10-09-20	Gloria Eleana	NA	Gloria
11-09-20	Claudia Santamaria	N.A	Claudia S.
11-09-20	Gloria Eleana	NA	Gloria
11-09-20	Vanessa Hernandez	N.A	Vanessa

