**COMPROMISO CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD COVID19 - VISITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL VISITANTE** | |
| Nombre de la persona: |  |
| Edad |  |
| Tipo y Número de identificación: |  |
| Número de celular: |  |
| ¿Es Menor de 70 años? | SI: \_\_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_\_ |
| **CONDICIONES DE SALUD DEL VISITANTE** | |
| ¿Presenta algún síntoma de infección respiratoria aguda (tos, temperatura superior a 38 ºC, cansancio, dolor torácico, tos seca, malestar general, dificultad respiratoria, congestión nasal, dolor de garganta, fatiga, dolor muscular sin causa aparente)? | SI: \_\_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Es caso sospechoso o confirmado de COVID19? | SI: \_\_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_\_ |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA** | |
| Nombre completo |  |
| Número fijo |  |
| Número de celular |  |
| Parentesco del visitante |  |
| **CONDICIONES PARA LA VISITA** | |
| ¿El visitante acepta el compromiso de cumplir con las normas de bioseguridad establecidas por la Universidad Nacional de Colombia para el acceso a las instalaciones (toma de temperatura, lavado de manos una vez ingresa a las instalaciones, limpieza de calzado, desinfección de vehículos, uso de gel antibacterial, distanciamiento físico, aforo máximo, uso de tabapocas, entre otros)? | SI: \_\_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿El visitante se compromete a asistir a la hora indicada por la Universidad que coordina la visita? | SI: \_\_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿El visitante acepta que en caso de incumplimiento de las normas de bioseguridad se negará el acceso a las instalaciones de la Universidad y se solicitará su retiro de las instalaciones de la Universidad, por parte de la dependencia responsable de las personas que ingresan, del área de Vigilancia y Seguridad o del Área de Seguridad y Salud en el Trabajo? | SI: \_\_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_\_ |

Firma y cédula del Visitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable por parte de la Empresa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Cédula: | Firma: |
| Dirección de la empresa: | | Localidad: |