**FORMATO CONTROL DE PROVEEDORES Y VISITANTES**

**Nombre de la Dependencia a donde Ingresará: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de ingreso** | **Nombres y apellidos** | **No de identificación** | **Teléfono celular** | **Dependencia / empresa** | **Cargo / ocupación (para contratista)** | **Presenta Alguno de los síntomas COVID19\*** | | **Edad** | **Contacto en caso de emergencia** | |
| **Si** | **No** | **Nombres y apellidos** | **Teléfono celular** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Fiebre superior a 38°C, Cansancio, Tos seca, Malestar general, Dificultad respiratoria, Dolor torácico, Congestión nasal, Dolor muscular, Fatiga, Dolor de cabeza, Dolor de garganta.