

ANEXO 7
REPORTE INGRESO DE PROVEEDORES A LA INSTITUCION

Nombre completo:	
Fecha:	
Empresa:	
Departamento visita:	
Ha tenido contacto con personas sospechosas o que tengan el virus COVID19, o con personas COVID positivo?	
Temperatura:	
Dolor de garganta:	
Tos:	
Dolor de cabeza:	
Dificultad para respirar:	

Hora de llegada:	
Nombre del oficial de seguridad:	

PARA EI VISITANTE:

Declaro que los datos aquí suministrados son verídicos.
Firma: