

**Programa de supervisión o verificación del cumplimiento a los lineamientos de sana distancia**

Nombre de la empresa:

**Personal con recomendación verbal:**

Mes:	Lunes__	Martes__	Miércoles__	Jueves__	Viernes__	Sábado__	Domingo__
Sana distancia							
cubrebocas							
Uso de careta							
Supervisor							
Firma							
	Lunes__	Martes__	Miércoles__	Jueves__	Viernes__	Sábado__	Domingo__
Sana distancia							
cubrebocas							
Uso de careta							
Supervisor							
Firma							
	Lunes__	Martes__	Miércoles__	Jueves__	Viernes__	Sábado__	Domingo__
Sana distancia							
cubrebocas							
Uso de careta							
Supervisor							
Firma							
	Lunes__	Martes__	Miércoles__	Jueves__	Viernes__	Sábado__	Domingo__
Sana distancia							
cubrebocas							
Uso de careta							
Supervisor							
Firma							
	Lunes__	Martes__	Miércoles__	Jueves__	Viernes__	Sábado__	Domingo__
Sana distancia							
cubrebocas							
Uso de careta							
Supervisor							
Firma							
Observaciones							