PASEO COMERCIAL ARKACENTRO			CONTROL DE COMERCIANTES / COLABORADORES				VERSION 01
FECHA	NOMBRE COMPLETO	N° LOCAL /CARGO	HORA DE INGRESO	TEMPERATURA	HORA DE SALIDA	TEMPERATURA	¿HA TENIDO LOS SIGUIENTES SINTOMAS: TOS, CANSACIO, DOLOR DE GARGANTA, DOLOR DE CABEZA, DIARREA, VOMITO, ¿SI CUAL?

PASEO COMERCIAL ARKACENTRO			CONTROL DE USUARIOS VISITANTES				VERSION 01
FECHA	NOMBRE COMPLETO	N° LOCAL /CARGO	HORA DE INGRESO	TEMPERATURA	HORA DE SALIDA	TEMPERATURA	¿HA TENIDO LOS SIGUIENTES SINTOMAS: TOS, CANSACIO, DOLOR DE GARGANTA, DOLOR DE CABEZA, DIARREA, VOMITO, ¿SI CUAL?