

|                                                                                   |                                                                                            |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS<br>"AUTORIDAD PARA LA RECONSTRUCCIÓN CON CAMBIOS"     | Revisión: R06          |
|                                                                                   | CONTRATO: ENTREGA DE LAS DEFENSAS RIBEREÑAS DEL RÍO<br>CAÑETE Y DEL RÍO HUAURA (PAQUETE 5) | Emisión:<br>23/02/2023 |
|                                                                                   | LIMA                                                                                       | Página: 1 de 78        |



REVISIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS

☒ A- ACEPTADO

☐ B- ACEPTADO CON COMENTARIOS

☐ C- RECHAZADO

Rogelio Gonzales 02/03/2023

FIRMA FECHA



## PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA COVID-19 EN EL TRABAJO

### RIO HUAURA

400200-OHL001-000-XX-PL-PH-000001

### DIRECCIÓN DE SOLUCIONES INTEGRALES

| REV N°  | FECHA      | DESCRIPCIÓN                         | ELAB. POR                                                                            | REV. POR                                                                              | APROB. POR                                                                            |
|---------|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| R00     | 20/07/2021 | Emitido para Revisión y Comentarios | O. Garcia                                                                            | F. Cisneros                                                                           | J. López Q.                                                                           |
| R01     | 24/11/2021 | Emitido para Revisión y Comentarios | O. Garcia                                                                            | F. Cisneros                                                                           | J. López Q.                                                                           |
| R02     | 14/01/2022 | Emitido para Revisión y Comentarios | O. Garcia                                                                            | F. Cisneros                                                                           | J. López Q.                                                                           |
| R03     | 02/09/2022 | Emitido para Revisión y Comentarios | O. Garcia                                                                            | F. Cisneros                                                                           | J. López Q.                                                                           |
| R04     | 25/10/2022 | Emitido para Revisión y Comentarios | O. Garcia                                                                            | F. Cisneros                                                                           | J. López Q.                                                                           |
| R05     | 03/01/2023 | Emitido para Aprobación             | O. Garcia                                                                            | F. Cisneros                                                                           | J. López Q.                                                                           |
| R06     | 23/01/2023 | Emitido para Aprobación             | O. Garcia                                                                            | F. Cisneros                                                                           | J. López Q.                                                                           |
| FIRMAS: |            |                                     |  |  |  |

CO - PE - 1PE324 - SS - PN - 002 - HU

Construcción

Perú

Ríos Cañete y Huaura

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA COVID-19 EN EL TRABAJO

Propuesto por

Revisado por

Aprobado por

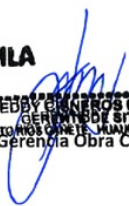
Gerente de SSOMA

Gerente de Sitio

Gerente de Proyecto



Oscar Garcia, 17/01/2023

  
  
FREDY CISNEROS PORRAS  
GERENTE DE SITIO  
PROYECTO RIOS CAÑETE - HUAYRA - PAQUETE 05  
Gerencia Obra Civil.

Freddy Cisneros, 22/02/2023

  
  
JAVIER LOPEZ QUIÑONES GARCIA  
GERENTE DE PROYECTO  
PROYECTO RIOS CAÑETE - HUAYRA / PAQUETE 05

Javier López Quiñones, 22/02/2023

Nivel de seguridad:

Uso Interno

Alcance:

Defensa Ribereña del Río Cañete y Huaura - Paquete 5

Una vez impreso este documento, se convierte en copia no controlada, verificar su vigencia la carpeta de "Documentos aprobados" del SharePoint

## Histórico de revisiones

|         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rev.00  | 18/06/2021 | Creación del documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Rev.01  | 23/11/2021 | En 4.0 Se incluyo Tener el registro del personal vacunado.<br>En 5.0 Se adjuntan formatos relacionados en los anexos 03,04 Y 10.<br>En 6.0 Se adjunta formatos relacionados en los anexos 02, 07, 08, 09, 11 y 13.                                                                                                                                                                                                                      |
| Rev. 02 | 15/12/2021 | La R.M. 972-2020 MINSA es derogada por la R.M. 1275-2021 MINSA y aprueba la Directiva Administrativa 321 MINSA/DGIESP 2021.<br>Se reemplaza lineamientos de la R.M. 972-2020 por Disposiciones de la Directiva Administrativa 321 MINSA/DGIESP 2021 aprobada por la R.M. 1275-2021 MINSA.<br>Disposición 1 considera asegurar la ventilación de los centros de trabajo<br>Actualización del Anexo 2, 3, 10, 15 y 16 según R.M. 321-2021 |
| Rev. 03 | 16/08/2022 | Actualización de la nómina de profesionales que componen el Servicio de Seguridad y Salud de los Trabajadores.<br>Ingreso del Anexo 18 para el seguimiento de personal diagnosticado de Covid-19.                                                                                                                                                                                                                                       |
| Rev. 04 | 04/10/2022 | Actualización de la definición aislamiento Covid - 19<br>Actualización de los Sub numerales 9.1 y 9.4. según modificatoria.<br>Ingreso del Anexo 10 "Guía para el uso de medidores de CO2 en ambientes de trabajo y escuelas".<br>Modifica restricciones al ejercicio de derecho del D.S 016-2022-PCM                                                                                                                                   |
| Rev.05  | 29/12/2022 | En 8.2 Se incluyo acciones de mejora en el plan Covid-19 por parte de gestor. En 10 Se modifico el presupuesto de acuerdo a lo expuesto por el área de Costos. Ingreso del Anexo 23 "Flujo de reporte de síntomas de salud                                                                                                                                                                                                              |
| Rev.06  | 16/01/2023 | Se modifica los 7 lineamientos de disposición de acuerdo a la D.A 339-MINSA/2023.Ingreso de clasificación de personales de acuerdo a riesgo de exposición                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## Documentación relacionada y aplicable

|                                  |                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ley Nº 26842                     | Ley General de Salud y sus modificatorias.                                                                                                                           |
| Ley Nº 29733                     | Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.                                                                                                           |
| Ley Nº 29783                     | Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y modificatoria.                                                                                                             |
| Ley Nº 30024                     | Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su modificatoria.                                                                            |
| Decreto Legislativo Nº 1161      | Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.                                                                                       |
| Decreto de Urgencia Nº 025- 2020 | Dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al Covid-19 en el territorio nacional.           |
| Decreto de Urgencia Nº026 - 2020 | Decreto de Urgencia que Establece Diversas Medidas Excepcionales y Temporales para Prevenir la Propagación del Coronavirus (COVID-19) en el Territorio Nacional.     |
| Decreto Supremo Nº 008- 2017-SA  | Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.                                                                     |
| Decreto Supremo Nº 008- 2020-SA  | Declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19; y sus prórrogas. |
| Decreto Supremo Nº 044- 2020-PCM | Declara estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del brote del COVID-19; y sus prórrogas.         |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Decreto Supremo N° 080- 2020-PCM                    | Se aprueba la reanudación de actividades económicas en forma gradual y progresiva dentro del marco de la declaratoria de Emergencia Sanitaria Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19.                   |
| Decreto Supremo N° 083- 2020-PCM                    | Prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19 y establece otras disposiciones.                                                                                                |
| Decreto Supremo N° 116- 2020-PCM                    | Establece las medidas que debe observar la ciudadanía en la Nueva Convivencia Social y prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19.                                         |
| Decreto Supremo N° 005- 2012-TR                     | Aprueba el Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.                                                                                                                                                                                    |
| Decreto Supremo N° 010- 2020-TR                     | Decreto Supremo que desarrolla disposiciones para el Sector Privado, sobre el trabajo remoto previsto en el Decreto de Urgencia N° 026-2020, Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del COVID-19.         |
| Resolución Ministerial 1275 - 2021                  | La R.M 972-2020 MINSA es derogada por la R.M 1275 -2021 MINSA y aprueba la directiva Administrativa 321 MINSA/DGIESP 2021                                                                                                                                            |
| Resolución Ministerial 675-2022                     | Modificar la Directiva Administrativa N°321-MINSA/DGIESP-2021, Directiva Administrativas que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS – CoV-2.                           |
| Decreto Supremo N° 118-2022-PCM                     | Modificación del artículo 4 del Decreto Supremo N° 016-2022-PCM, modificado por el Decreto Supremo N° 030-2022-PCM, el Decreto Supremo N° 041-2022-PCM, el Decreto Supremo N° 063-2022-PCM, el Decreto Supremo N° 069-2022-PCM y el Decreto Supremo N.º 108-2022-PCM |
| Directiva Administrativa N.º 339-MINSA /DGIESP-2023 | Modificar la Directiva Administrativa N°321-MINSA/DGIESP-2021, Directiva Administrativas que establece las disposiciones ( 7)sietes disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS – CoV-2.  |

## Definiciones Operativas

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Agente causal             | Virus SARS-CoV-2 se ha clasificado dentro del género Beta coronavirus (subgénero Sarbecovirus), perteneciente a la familia Coronaviridae. Coronavirus causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo de tipo 2.                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Desinfección              | Reducción por medio de sustancias químicas y/o métodos físicos del número de microorganismos presentes en una superficie o en el ambiente, hasta un nivel que no ponga en riesgo la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Inmunización              | Proceso que previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Vacuna                    | Es la suspensión de microorganismos virales, bacterianos vivos, inactivados o sus fracciones, subunidades o partículas proteicas de los mismos, que, al ser administradas, inducen en el receptor una respuesta inmune específica contra la enfermedad infecciosa respectiva.                                                                                                                                                                                       |
| Infección Post vacunación | Es un caso de enfermedad en el que una persona vacunada (con dos dosis), después de 3 semanas, se confirma diagnóstico de COVID-19.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Limpieza                  | Eliminación de suciedad e impurezas de las superficies utilizando agua, jabón, detergente o sustancia química.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Modos de Transmisión      | Por contacto directo o estrecho sin protección entre personas infectadas y susceptibles, a través de secreciones o gotas respiratorias y aerosoles que son expedidos al toser, cantar, hablar, estornudar o realizar actividad física que incrementa la frecuencia respiratoria. Además, por contacto indirecto si alguien susceptible tiene contacto con un objeto o una superficie contaminados con secreciones que contengan el virus (transmisión por fómites). |

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aislamiento en el ámbito comunitario       | <p>Es el procedimiento por el cual a una persona considerada caso sospechoso, probable o confirmado de COVID-19, y que no requiere hospitalización, se le indica aislamiento domiciliario.</p> <p>Durante el aislamiento, se le restringe el desplazamiento fuera de su vivienda o centro de aislamiento por un lapso de diez (10) días o siete (7) días, según lo establecido en la Resolución ministerial N 834-2021/MINSA o sus modificatorias, contados a partir de la fecha de inicio de síntomas del caso o de la toma de muestra de la prueba molecular en los casos asintomáticos, respectivamente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Alta de casos                              | <p>Transcurridos diez (10) o siete (7) días, según corresponda, luego del inicio de síntomas, el caso esta condición de alta, desde el punto de vista clínico y epidemiológico, siempre y cuando clínicamente se haya recuperado (por lo menos tres (03) días afebril y con mejoría de los síntomas). Considerando la evolución clínica, el médico tratante puede indicar pruebas diagnósticas adicionales y postergar el alta del caso.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Caso confirmado de COVID-19                | <p>Toda persona que cumpla con alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso sospechoso o probable con prueba molecular positiva para detección del virus SARS-COV-2.</li> <li>• Caso sospechoso o probable con prueba antigénica positiva para SARS-COV-2.</li> <li>• Persona asintomática con prueba molecular o antigénica positiva.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Caso de infección asintomática de COVID-19 | <p>Toda persona asintomática identificada a través de la estrategia de búsqueda activa que no presenta signos ni síntomas compatibles con COVID-19, con resultado positivo de prueba molecular para SARS-COV-2 o que presenta prueba antigénica positiva.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Caso probable de COVID-19                  | <p>Quienes cumplan con cualquiera de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Caso sospechoso con antecedente epidemiológico de contacto directo con un caso confirmado, o epidemiológicamente relacionado a un conglomerado de casos, los cuales han tenido al menos un caso confirmado dentro de ese conglomerado, catorce (14) días previos al inicio de los síntomas.</li> <li>b) Caso sospechoso con imágenes de tórax que muestran hallazgos sugestivos de COVID-19, en cualquiera de los siguientes exámenes de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de tórax: Opacidades nebulosas, de morfología a menudo redondeadas, con distribución pulmonar periférica e inferior.</li> <li>• Tomografía computarizada de tórax: Múltiples opacidades bilaterales en vidrio esmerilado, a menudo de morfología redondeada, con distribución pulmonar periférica e inferior.</li> <li>• Ecografía pulmonar: Líneas pleurales engrosadas. líneas B (multifocales, aisladas o confluentes). patrones de consolidación con o sin broncogramas aéreos.</li> <li>• Resonancia magnética con imágenes compatibles a afecciones pulmonar.</li> </ul> </li> </ol> |
| Caso sospechoso de COVID-19                | <p>Persona que cumpla con cualquiera de los siguientes criterios clínicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Paciente con síntomas de infección respiratoria aguda, que presente tos y / o dolor de garganta y además uno o mas de los siguientes signos/ síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malestar general</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Congestión nasal</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Dificultad para respirar (señal de alarma)</li> </ul> </li> <li>b) Persona con inicio reciente de anosmia (perdida del olfato) o ageusia (perdida del gusto), en ausencia de cualquier otra causa identificada.</li> <li>c) Paciente con infección respiratoria aguda grave (IRAG: infección respiratoria aguda con fiebre o temperatura actual &gt;38 c ; y tos; con inicio dentro de los últimos diez (10) días; y que requiere hospitalización).</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centro de trabajo                                                      | Lugar o lugares en el (los) que se desarrolla la actividad laboral, con la presencia de los trabajadores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Diagnostico<br>sindrómico de<br>COVID-19                               | Diagnostico basado en los antecedentes epidemiológicos y características del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Distanciamiento<br>físico                                              | Es un conjunto de medidas para el control de infecciones, el objetivo del distanciamiento físico es reducir las posibilidades de contacto entre las personas infectadas y no infectadas, con la finalidad de minimizar la transmisión del virus SARS-COV-2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Empleador/a                                                            | Toda persona natural o jurídica, privada o pública, que emplea a uno o varios trabajadores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Equipos de<br>Protección<br>Personal (EPP)                             | Son dispositivos, materiales e indumentaria personal destinados a cada trabajador para protegerlo de uno o varios riesgos presentes en el trabajo y que puedan amenazar su seguridad y salud. Los EPP son una alternativa temporal y complementaria a las medidas preventivas de carácter colectivo ( control administrativo y ambiental)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Certificado de<br>Aptitud para el<br>retorno a labores<br>presenciales | Documento que emite el Medico del Servicio de Seguridad en el Trabajo, que determina la capacidad para el retorno o reincorporación al trabajo presencial en el contexto de la emergencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Contacto directo<br>de COVID-19                                        | Persona que desde dos (02) días antes y hasta siete (7) días después de que el caso probable o confirmado de COVID-19 iniciara los síntomas, haya: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Estado en contacto cara a cara con un caso probable o confirmado de COVID-19, a menos de un metro y durante más de quince (15) minutos</li> <li>b. Estado de contacto físico directo con un caso probable o confirmado de la COVID-19.</li> <li>c. Prestados cuidados directamente y/o cuidados médicos a un caso probable o confirmado de la COVID-19 sin el equipo de protección personal adecuado</li> <li>d. Estado en otras situaciones, según se indique en las evaluaciones de riesgo laborales.</li> </ul> |
| Cuarentena                                                             | Procedimiento por el cual se le restringe el desplazamiento fuera de su vivienda a la persona o personas expuestas a un caso sospechoso, probable o confirmado de COVID-19, por un lapso de siete(7) a diez(10) días , a partir del ultimo día de exposición con el caso, independientemente del resultado de las pruebas de laboratorio. Esto con el objetivo de disminuir la posibilidad de transmisión, monitorear la aparición de síntomas y asegurar la detección temprana de casos.                                                                                                                                                                                                                       |
| Diagnostico<br>sindrómico de<br>COVID-19                               | Diagnostico basado en los antecedentes epidemiológicos y características clínicas del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Distanciamiento<br>físico                                              | Es un conjunto de medidas para el control de infecciones. El objetivo del distanciamiento físico es reducir las posibilidades de contacto entre las personas infectadas y no infectadas, con la finalidad de minimizar la transmisión del virus SARS-CO-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Equipo de<br>Protección<br>Personal /EPP)                              | Son dispositivos, materiales e indumentaria personales destinados a cada trabajador para protegerlo de uno o varios riesgos presentes en el trabajo y que puedan amenazar su seguridad y salud. Los EPP son una alternativa temporal y complementaria a las medidas preventivas de carácter colectivo (control administrativo y ambiental).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Espacio de trabajo<br>ventilado (ETV)                                  | Ambiente que posee condiciones de renovaciones de aire exterior, con el fin controlar los niveles de contaminación del aire por bioefluentes. Para motivos de la presente directiva, garantizar un ETV, forma parte de las medidas para reducir el riesgo de la transmisión del virus SARS-COV-2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Factores de riesgo<br>para COVID-19                                    | Valoración que , para el caso de trabajadores considerados con factores o condiciones de riesgo de enfermar gravemente por la COVID-19, es identificar por el Medico del servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo en base al informe médico del especialista clínico que describa el estado clínico actual del trabajador ; deben ser consideradas las definiciones vigentes de la Autoridad Sanitaria y criterios epidemiológicos establecidos por el Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades(CDC).                                                                                                                                                                           |

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lista de chequeo de Vigilancia de la COVID-19            | Instrumento que se Utiliza para vigilar el riesgo de exposición al COVID-19 en el lugar de trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Lugar de trabajo                                         | Todo sitio o área donde los trabajadores permanecen y desarrollan su labor o donde tienen que acudir para desarrollarlo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Monitor de CO2                                           | Dispositivo que permite medir el nivel de CO2 en el ambiente, que indicaría indirectamente la acumulación de bioefluentes lo que permitiría la toma de acciones de vigilancia, prevención y control de riesgos biológicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Profesional de la Salud                                  | Es aquel que cumple la función de gestionar o realizar la vigilancia de salud de los trabajadores por exposición a SAS-CoV2, de acuerdo con el tamaño del centro de trabajo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Protector Respiratorio o Respirador Descartable          | <p>Componente del equipo de Protección Personal (EPP) que ofrece alta capacidad de filtración de partículas, esta destinado fundamentalmente para la protección respiratoria de los trabajadores en puestos de trabajo con muy alto riesgo y riesgo alto de exposición a COVID-19. Se consideran los siguientes respiradores de características equivalentes con aprobaciones en sus países respectivos indicados en la NT N° 329.201-2020 INACAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N95 (United States NIOSH-42CFR84) equivalentes</li> <li>• FFP2(Europe EN 149-2001)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Puestos de trabajo con riesgo de exposición a SARS-COV-2 | <p>Son aquellos puestos con diferente nivel de riesgo de exposición a SARS-COV-2, que dependen del tipo de actividad que realizan.</p> <p>Sobre la base de los niveles de riesgo establecidos en la presente directiva administrativa, cada empleador, con la aprobación de su comité de seguridad y salud en el trabajo, cuando corresponda, La determinación de los niveles de riesgo se efectúa por los métodos de identificación del peligro biológico al SARS-COV-2, se evalúan los riesgos para la salud y vida de los trabajadores y se establecen las medidas de prevención y protección, en función de la prioridad establecida en el artículo 21 de la Ley N 29783, Ley de Seguridad y Salud en el trabajo</p> <p>Los niveles de riesgo de los puestos de trabajo se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo Bajo de Exposición</li> <li>• Riesgo Mediano de Exposición</li> <li>• Riesgo Alto de Exposición</li> <li>• Riesgo Muy Alto de Exposición</li> </ul> |
| Riesgo Bajo de Exposición                                | Los trabajos con un riesgo bajo de exposición son aquellos que no requieren contacto con personas, que se conozca o se sospeche que están infectados con SARS-COV-2, así como, en el que no se tiene contacto cercano y frecuente a menos de 1.5 metros de distancia con el público en general; o en el que se puede usar o establecer barreras físicas para el desarrollo de la actividad laboral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Riesgo Mediano de Exposición                             | Los trabajos con riesgo mediano de exposición, son aquellos que requieren contacto cercano y frecuente a menos de 1.5 metros de distancia con el público en general; y que, por las condiciones en el que se realizan no se puedan usar o establecer barreras físicas para el trabajo. En este grupo se incluyen se incluyen algunos puestos entre ellos, vigilantes con contacto con el público.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Riesgo Alto de Exposición                                | Trabajo con riesgo potencial de exposición a casos sospechosos o confirmados de COVID-19 u otros personales que debe ingresar a los ambientes o lugares de atención de pacientes con la COVID-19, pero que no se encuentran expuestos a procedimientos generadores de aerosoles en el ambiente de trabajo. Este grupo incluye a los trabajadores de ambulancias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Riesgo Muy Alto de Exposición                            | Trabajo en el que se tiene contacto con casos sospechosos y/o confirmados de COVID-19, expuesto a procedimientos generadores de aerosoles, en el ambiente de trabajo, durante procedimientos médicos específicos o procedimiento de laboratorio (manipulación de muestras de casos sospechosos o confirmados).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Pruebas de diagnóstico para la COVID-19                  | Son aquellas pruebas de ayuda diagnóstica realizada por personal entrenado, cumpliendo con requerimientos técnicos, de bioseguridad y manejo correcto manejo de residuos incontaminados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Detección del material genético del virus (prueba molecular)</li> <li>b) Detección del virus como entidad individual, mediante la detección de antígenos virales (prueba rápida e detección de antígeno del SARS-COV-2)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                 |
| Regreso y Reincorporación al trabajo                                    | Proceso de retorno al trabajo presencial cuando el trabajador se ha mantenido en aislamiento social obligatorio por factores de riesgo o reincorporación al trabajo cuando fue diagnosticado de COVID-19, estuvo en aislamiento y esta de alta por el Médico tratante.                                                                                                                                                                                                                                       |
| Responsable del Servicio de Seguridad y Salud de los trabajadores       | Profesional de Salud u otro, que cumpla la función de gestionar o realizar el Plan para la vigilancia de salud de los trabajadores en el marco de la Ley 29783, Ley de Seguridad en el Trabajo. Tiene entre sus funciones prevenir, vigilar y controla el riesgo de exposición laboral por el COVID-19.                                                                                                                                                                                                      |
| Trabajador                                                              | Toda persona natural que desempeña una actividad laboral subordinada o autónoma, para un empleador privado o para el estado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Valoración de la aptitud para la reincorporación a labores presenciales | Consiste en la evaluación médica, del estado vacunal y riesgo de exposición al SARS-CO-2, realizada por el médico del servicio de seguridad y salud en el trabajo o el que haga sus veces, en el marco de la emergencia sanitaria. Esta no se refiere a la evaluación de la aptitud laboral referida en el documento técnico "Protocolos de Exámenes Médicos Ocupacionales y Guías de Diagnóstico de los Exámenes Médicos obligatorios por actividad", aprobado con Resolución Ministerial N 312-2011-MINSA. |
| SISCOVID-19                                                             | Sistema integrado para COVID-19.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| SUNAFIL                                                                 | Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

### Matriz del Conocimiento

#### CATEGORÍA

- ☐ Todas las categorías
- ☐ Consejero delegado
- ☐ Directores Generales
- ☐ Dirección General
- ☐ Director Corporativo
- ☐ Director
- ☐ Jefe Corporativo de
- ☒ Jefe de procesos
- ☒ Técnico
- ☒ Especialista
- ☒ Administrativo
- ☒ Operario cualificado

#### FUNCIONES

- ☐ Todas las funciones
- ☒ Asesoría Jurídica
- ☒ Económico Financiera
- ☐ Organización
- ☒ RR.HH y SSGG
- ☐ Sistemas de Información
- ☒ Soporte Corporativo
- ☒ Soporte Técnico
- ☒ Línea/Producción
- ☐ Otros:.....

Responsable de distribución: Gerente SSOMA

## INDICE

|      |                                                                                                                         |    |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.   | RAZON SOCIAL Y RUC DE LA EMPRESA                                                                                        | 10 |
| 2.   | DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO                                                                                              | 10 |
| 2.1. | Oficina Dirección Territorial.                                                                                          | 10 |
| 2.2. | Proyecto Paquete 5, Rio - Huaura                                                                                        | 10 |
| 2.3. | Representante Legal                                                                                                     | 10 |
| 3.   | DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES                                                             | 11 |
| 4.   | INTRODUCCIÓN                                                                                                            | 12 |
| 5.   | OBJETIVO                                                                                                                | 14 |
| 5.1. | OBJETIVO GENERAL                                                                                                        | 14 |
| 5.2. | OBJETIVOS ESPECÍFICOS                                                                                                   | 14 |
| 6.   | ALCANCE                                                                                                                 | 14 |
| 7.   | DISPOSICIONES PRELIMINARES                                                                                              | 15 |
| 8.   | DISPOSICIONES BASICAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19<br>EN EL TRABAJO                             | 15 |
| 8.1  | DISPOSICIONES PARA EL REGRESO O REINCORPORACIÓN AL TRABAJO                                                              | 23 |
| 8.2  | MEDIDAS PROPUESTAS POR GESTORES OHLA - HUAURA                                                                           | 24 |
| 8.3  | MEDIDAS GENERALES APLICAR A TODOS LOS TRABAJADORES                                                                      | 27 |
| 8.4  | MEDIDAS ESPECÍFICAS A APLICAR A LOS TRABAJADORES CON RIESGO MEDIO                                                       | 28 |
| 8.5  | REVISIÓN Y REFORZAMIENTO A TRABAJADORES EN PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO<br>CON RIESGO CRÍTICO EN PUESTOS DE TRABAJO        | 28 |
| 9    | RESPONSABILIDADES DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN de vigilancia preventivo covid-19                                           | 29 |
| 10   | PRESUPUESTO Y PROCESO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EL<br>CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE COVID 19 | 31 |
| 11   | DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL<br>TRABAJO                                                | 32 |
| 12   | FORMATOS RELACIONADOS                                                                                                   | 32 |
| 13   | ANEXOS                                                                                                                  | 32 |

## 1. RAZON SOCIAL Y RUC DE LA EMPRESA

|                 |                                                                          |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Empleador       | Obrascon Huarte Lain, Sucursal del Perú.                                 |
| R.U.C.          | 20425123115                                                              |
| Actividad       | Actividad de Arquitectura e Ingeniería Construcción Edificios Completos. |
| Dirección legal | Av. 28 de Julio N°. 150 Dpto. 7ª planta                                  |
| Distrito        | Miraflores.                                                              |
| Departamento    | Lima.                                                                    |

## 2. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

### 2.1. Oficina Dirección Territorial.

El personal de OHL se encuentra distribuido entre los siguientes centros de trabajo:

|                 |                                         |
|-----------------|-----------------------------------------|
| Unidad:         | Dirección Territorial                   |
| Dirección Legal | Av. 28 de Julio N°. 150 Dpto. 7ª planta |
| Región          | Lima                                    |
| Distrito        | Miraflores.                             |
| Departamento    | Lima.                                   |

### 2.2. Proyecto Paquete 5, Rio - Huaura

|                 |                                       |
|-----------------|---------------------------------------|
| Proyecto        | Paquete 5, Rio - Huaura               |
| Dirección legal | Calle los Patriotas ML, L 30 – Sayán. |
| Región          | Lima                                  |
| Distrito        | Huaura                                |
| Departamento    | Lima                                  |
| Capital         | Sayán                                 |

### 2.3. Representante Legal

|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| Delegado Territorial | Álvaro Manchado Mayayo |
| C.E                  | 000995820              |

### 3. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES

Los profesionales de la salud del Servicio de Seguridad y salud en el trabajo para el proyecto paquete 5, Rio Huaura tiene la siguiente nómina, según D.A 339-2023/DGIESP Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la Vigilancia, Prevención y Control de la Salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-COV-2.

**Cuadro N°01. Datos del Servicio de Seguridad y Salud de los Trabajadores (Nómina de Profesionales).**

| N | TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO | NOMBRES Y APELLIDOS                | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | PROFESION                | NUMERO DE COLEGIATURA | CORREO ELECTRONICO                                                       | CELULAR     | PUESTO DE TRABAJO      | LUGAR DE TRABAJO      | CENTRO DE TRABAJO     |
|---|----------------------------|------------------------------------|---------------------|------|--------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | DNI: 41750738              | Giannina Francesca Dominquez Salas | 30/04/1983          | 39   | Medico Cirujano          | CMP 066261            | <a href="mailto:mocupacional@ohla-peru.pe">mocupacional@ohla-peru.pe</a> | 939 664 101 | Medico Ocupacional     | Sede ohla Corporativo | Sede ohla Corporativo |
| 2 | DNI: 7518571               | Raquel Ruth Rivera Yaya            | 2/08/1996           | 26   | Licenciada en Enfermeria | CEP 103879            | <a href="mailto:raque.rivera@ohla-peru.pe">raque.rivera@ohla-peru.pe</a> | 923 003 474 | Enfermeria Ocupacional | Huaura- Sayan         | Cuenca Huaura         |

## 4. INTRODUCCIÓN

La enfermedad del Coronavirus COVID-19 es causada por el virus SARS-Cov-2. El origen de la pandemia tuvo origen en la ciudad de Wuhan en China, confirmándose su llegada al Perú el 06 de marzo del 2020 cuando se diagnosticó el primer caso. Su fácil contagiosidad y mortalidad significativa en adultos mayores y personas con comorbilidades ha obligado al Gobierno a decretar el Estado de Emergencia Nacional, afectando nuestra vida cotidiana como asistir al lugar de trabajo.

Durante el periodo de Emergencia Sanitaria, los empleadores y trabajadores deberán prepararse para afrontar la presencia del virus en su lugar de trabajo, teniendo en cuenta que el conocimiento de esta enfermedad aún está en desarrollo para las Ciencias de la Salud. Para contribuir con la reducción del impacto del brote de COVID-19 en todos los escenarios resulta importante planificar las medidas que se tomarán durante el proceso de regreso y reincorporación al trabajo.

El virus SARS-CoV-2 se contagia de persona a persona principalmente a través de los bioaerosoles respiratorios inhalados cuando una persona habla, tose o estornuda. También se puede contagiar por contacto directo o indirecto con superficies (plásticos, cartones, entre otros) contaminadas por gotitas con partículas virales, que luego a través de las manos llegan a la boca, nariz y ojos. El contagio es más probable cuando la persona es sintomática, sin embargo, puede ocurrir con personas que no desarrollan los síntomas.

Se conoce que los virus cambian constantemente a través de la mutación, y se espera que aparezcan nuevas variantes del virus con el paso del tiempo. A veces, emergen nuevas variantes y luego desaparecen. En otras ocasiones, emergen nuevas variantes y persisten. Se han documentado diversas variantes del virus que causa el COVID-19 en los Estados Unidos y a nivel mundial durante esta pandemia. Cada vez es más frecuente el reporte de casos en adultos jóvenes en estado crítico con estas nuevas variantes virales. Hasta el momento se han identificado 3 variantes del virus que causa el COVID-19 en circulación en el mundo:

En Reino Unido (RU) se identificó una variante llamada B.1.1.7 con una gran cantidad de mutaciones en el otoño del 2020. Esta variante se propaga con mayor facilidad y rapidez que las otras variantes. En enero del 2021, los expertos del RU informaron que esta variante puede estar asociada a un mayor riesgo de muerte, en relación con las otras variantes del virus, pero es necesario seguir investigando para confirmar este hallazgo. Desde entonces, se ha detectado en

muchos países del mundo, incluido nuestro país. En Sudáfrica apareció otra variante llamada B.1.351, independientemente de la B.1.1.7. La B.1.35 fue detectada originalmente en octubre del 2020, y comparte algunas mutaciones con la B.1.1.7.

En Brasil apareció una variante llamada P.1, que se identificó por primera vez en viajeros provenientes de Brasil sometidos a las pruebas de detección de rutina en un aeropuerto de Japón a principios de enero. Esta variante contiene un juego de mutaciones adicionales que podrían afectar su capacidad de ser reconocida por los anticuerpos. Ya se han registrado casos de esta variante en Lima y Huánuco.

Así mismo se vio la aparición de la variante Delta, descubierta en la India y denominada como la variante con mayor capacidad de transmisión en relación a los demás linajes, se ha vuelto la predominante en el Perú, presente en más del 50% del total de los casos confirmados de Covid-19. La variante delta tiene un sublinaje o también llamada delta Plus que es más contagiosa que la variante original.

Estas variantes parecen propagarse con mayor facilidad y rapidez que las otras variantes, lo que podría generar más casos de infección de COVID-19.

Actualmente la vacuna contra la COVID-19 tiene la aprobación de emergencia y se trata de una versión inactivada del coronavirus (SARS-CoV-2). El Perú ha otorgado una autorización excepcional a la misma para su importación y su uso por situación de salud pública.

La vacuna, en sí misma, provoca una respuesta inmune en el organismo previniendo las formas graves de la enfermedad. La vacuna que se viene utilizando en el país para combatir la COVID-19 se realizó bajo el mismo proceso de producción de las que se aplican en el Esquema Nacional de Vacunación del Perú.

Estudios demuestran que las vacunas que se usan en el Perú (Pfizer y Sinopharm) son efectivas contra las diferentes variantes del virus si se aplican las dos dosis. La aplicación de una sola dosis, en esquemas de dos, no es suficiente, pues está comprobado que la eficacia de las vacunas se logra después de la segunda.

En el caso de la variante Delta, la aplicación de ambas dosis es necesaria para una mejor protección, pues con una sola se obtiene una protección de 33%, pero con ambas la protección aumenta a 88%.

Dentro del contexto actual, es conveniente actualizar los lineamientos para la vigilancia de salud de los trabajadores, de las diferentes actividades económicas, estableciéndose criterios generales a cumplir durante el período de emergencia sanitaria y posterior al mismo.

## 5. OBJETIVO

Implementar acciones preventivas de acuerdo con la normativa vigente y adoptar lineamientos y medidas basados en principios epidemiológicos para reducir el incremento de contagios por Coronavirus SARS-CoV-2, en adelante COVID-19 para el retorno laboral.

Garantizar la sostenibilidad de las medidas de vigilancia, prevención y control adoptadas para evitar la transmisibilidad de Sars-Cov-2.

Integrar el presente plan como parte del Sistema de Gestión de seguridad y salud, por lo que su aplicación será en el marco del servicio de prevención de la empresa.

### 5.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos generales frente al coronavirus COVID-19 en el lugar de trabajo bajo criterios epidemiológicos para inicio de los trabajos en la fase de diseño del Proyecto Defensa Ribereña del Río Cañete Huaura - Paquete 5.

### 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comunicar y cumplir los planes de acción que se implementarán en las diferentes fases del Proyecto Defensas Ribereñas del Río Cañete y Río Huaura - Paquete 5.

## 6. ALCANCE

El alcance es para todos los trabajadores, visitas, proveedores y empresas subcontratistas de Obrascón Huarte Lain S.A que desarrollen actividades dentro del Proyecto Defensas Ribereñas del Río Cañete y Río Huaura - Paquete 5.

## 7. DISPOSICIONES PRELIMINARES

Los empleadores deben garantizar un ambiente seguro de trabajo, verificando que todos los empleados estén debidamente vacunados para la COVID -19. El Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo es quien elabora el “Plan para la vigilancia, prevención y control de la COVID-19 en el trabajo” el mismo que debe ser remitido al Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo o al Supervisor de Seguridad y Salud en el trabajo, según corresponda, para su aprobación en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas a partir de su recepción.

## 8. DISPOSICIONES BASICAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

En el Proyecto paquete 5, Rio Huaura, se han determinado 07 Lineamientos para la vigilancia de la salud de sus trabajadores con relación a la pandemia del COVID-19 en concordancia a lo indicado en la Directiva Administrativa N° 339 MINSA/DGIESP 2023 y su modificación.

Para la vigilancia de la salud de los trabajadores, en el contexto de la pandemia por la COVID-19, se han considerado siete (7) disposiciones básicas mínimas de aplicación por el empleador, basados en criterios técnicos y epidemiológicos.

### A) DISPOSICION 1: VACUNACION CONTRA LA COVID-19

La medida de prevención más efectiva es la vacuna contra la COVID-19. Se recomienda que todos los trabajadores tengan sus vacunas completas, en la medida que ello aumenta las posibilidades de protección individual y poblacional contra el COVID-19. Los niveles de gestión del centro laboral y el servicio de seguridad y salud en el trabajo deben promover y facilitar la vacunación completa para el SARS-COV-2 de todos los trabajadores.

### B) DISPOSICION 2: ASEGURAR LA VENTILACION DE LOS CENTROS DE TRABAJO

Establecer controles para disminuir el riesgo de exposición en el centro de trabajo:

- b.1 Los ambientes de PM01 y PM02 de OHLA cuenta con ventilación natural y artificial de AC adecuada, además se indica que las puertas de oficinas internas se mantendrán abiertas durante toda la jornada laboral.

- b.2 Adicionalmente, todos los demás ambientes, como sala de reuniones y comedores, poseen extractores de aire, que proveen un recambio del aire desde el interior al exterior cada 10 minutos aproximadamente.

### **C) DISPOSICIÓN 3: VALORACION DE APTITUD DEL TRABAJADOR PREVIO AL REGRESO AL REGRESO AL CENTRO DEL TRABAJO**

El Servicio de Seguridad y Salud en el trabajo de cada centro de trabajo debe gestionar para todos los trabajadores los siguientes pasos:

- C.1 Identificación del riesgo de exposición a SARS-COV-2 (COVID-19) de cada puesto de trabajo, según la presente Directiva Administrativa.
- C.2 Los trabajadores que retornen o se reincorporen al trabajo deben completar y presentar una Ficha de sintomatología COVID-19 para el regreso o reincorporación al trabajo – Declaración Jurada, previamente explicada y entregada por el empleador. Se puede usar medios digitales para y recibir la citada Ficha.
- C.3 De acuerdo a la evaluación de la aptitud del trabajador el profesional del servicio de seguridad y salud en el trabajo realiza las recomendaciones para la ubicación del trabajador en un puesto de trabajo con riesgo bajo o mediano de exposición al SARS-COV-2 de corresponder para proteger la salud del trabajador.
- C.4 El trabajador tiene la obligación de reportar al Servicio de Seguridad y Salud en el trabajo de su empleador si presenta signos y síntomas relacionados a las definiciones de caso COVID-19, en función de las actualizaciones que brinde el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
- C.5 A todo trabajador que cumpla criterios de caso sospechoso, identificado en el centro de trabajo, se indica el aislamiento domiciliario, o es referido al establecimiento de salud de su jurisdicción según corresponda ( Es SALUD , EPS, MINSA u otro correspondiente). El empleador procede a la identificación de contactos laborales, salvaguardando la identidad del caso, y respetando en todo momento la normativa referida a protección de datos personales.
- C.6 La aplicación de pruebas de tamizajes clínicas o de laboratorio las indica solo el Servicio de Seguridad y Salud en el trabajo, con el fin de detectar posibles casos o contactos. Para el diagnóstico definitivo, el trabajador debe ser referido al establecimiento de salud correspondiente.

- C.7 No se recomienda la aplicación de pruebas de laboratorio diagnósticas para vigilancia de síntomas y de contactos de infección por SARS-COV-2. Su indicación debe hacerse únicamente para aquellos trabajadores que presentan síntomas compatibles con la COVID-19 oes contacto directo de un caso confirmado y trabajadores expuesto a nivel de riesgo.
- C.8 No deben realizarse pruebas diagnósticas de laboratorio, como PCR, pruebas serológicas o pruebas de detección de antígeno, para definir el alta del paciente.
- C.9 De identificarse un caso sospechoso o de tomar conocimiento de ser contacto directo de un caso confirmado, se procede con las siguientes medidas por parte del profesional de la salud o quien haga sus veces en el centro de trabajo:
- El caso sospechoso recibe la indicación de acudir a un establecimiento de salud para su manejo de acuerdo con lo establecido en el Documento técnico: Manejo ambulatorio de persona afectadas por la COVID-19 en el Perú, aprobado con Resolución Ministerial N 834-2021/MINSA, o el que haga sus veces.
  - El Servicio de Seguridad y Salud en el trabajo debe realizar el monitoreo de salud de los trabajadores con diagnóstico confirmado o sospecha que se encuentren en aislamiento domiciliario, por teléfono o sistemas de telemedicina. El seguimiento clínico debe ser debidamente registrado en la Ficha F300 (Ficha de seguimiento) del SICOVID-19 del Ministerio de Salud.
  - Durante la Emergencia Sanitaria, y para garantizar la vigilancia epidemiológica en el contexto de la COVID-19, los empleadores que realicen el tamizaje por pruebas de laboratorio para la infección por SARS-COV-2 en sus trabajadores, en sus respectivos tópicos de medicina, salud ocupacional, entre otros, con insumos directamente adquiridos por ellos, deben registrar sus resultados a través del aplicativo de la vigilancia de COVID-19 (Noti Web). disponible en : [https:// app7.dge.gob.pe/noticovid/](https://app7.dge.gob.pe/noticovid/) a través del personal de salud encargado y en el Sistema integrado de para COVID-19 (SICOVID-19).
  - El personal del Servicio de Seguridad y Salud en el trabajo cumple funciones administrativas y preventivo asistenciales especializadas, es el responsable de hacer el seguimiento clínico remoto a los pacientes sospechosos o confirmados de la COVID-19 que cumplan aislamiento domiciliario, y debe hacer el registro correspondiente en la Ficha F300 del SICOVID-19. Para tal fin el Servicio de Seguridad y Salud en el trabajo debe solicitar los accesos respectivos a la Oficina General de Tecnologías de la información del Ministerio de Salud.

- El aislamiento de casos sospechosos o confirmados para la COVID-19 es por un máximo de diez (10) días, pudiendo extenderse excepcionalmente, de acuerdo a evaluación médica debidamente certificada (Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) Certificado Médico del Colegio Médico del Perú o certificado de una IPRESS pública o privada).
- El alta de los trabajadores sospechosos o confirmados por la COVID-19 debe hacerse a través del formato de ALTA de la Ficha F300 del SICCOVID-19.
- En el caso de pacientes moderados o graves (hospitalizados), con diagnóstico confirmado de la COVID-19, el alta la establece el Médico tratante. Su reincorporación se realiza de acuerdo con la evaluación realizada por el Servicio de Seguridad y Salud en el trabajo, de acuerdo con las normas vigentes.
- En caso de trabajadores hospitalizados es pertinente contar con información del familiar a través del área de bienestar social del centro de trabajo, no es necesario el seguimiento clínico. Los accesos a la Ficha F300 (Ficha de seguimiento) se proporcionan a través de la Mesa de ayuda del ministerio de Salud.
- Brindar material e información a los trabajadores, sobre la prevención del contagio de la COVID-19, medidas de higiene y cuidado que debe llevar en casa.
- En los trabajadores identificados como caso sospechoso, caso probable o en los que se confirma el diagnóstico de la COVID-19, se dispone que deben tener diez (10) o siete (7) días de aislamiento, según corresponda; y antes del regreso al trabajo, el empleador, a través del profesional de salud, gestiona o realiza la evaluación clínica respectiva, para dar por finalizado el aislamiento o cuarentena y la fecha probable de reincorporación al trabajo.
- Como parte de las medidas excepcionales de carácter transitorio ante la Emergencia Sanitaria por la COVID-19 y ante un caso sospechoso y probable de la COVID-19, el establecimiento de salud o empleador procede con otorgar el certificado médico o certificado de incapacidad temporal, con indicación firmada por el Médico tratante, Médico ocupacional o Médico a cargo de la vigilancia de la salud, por el tiempo considerado para el aislamiento, para proteger y resguardar la salud e integridad del trabajador, así como del resto de los trabajadores de la institución.

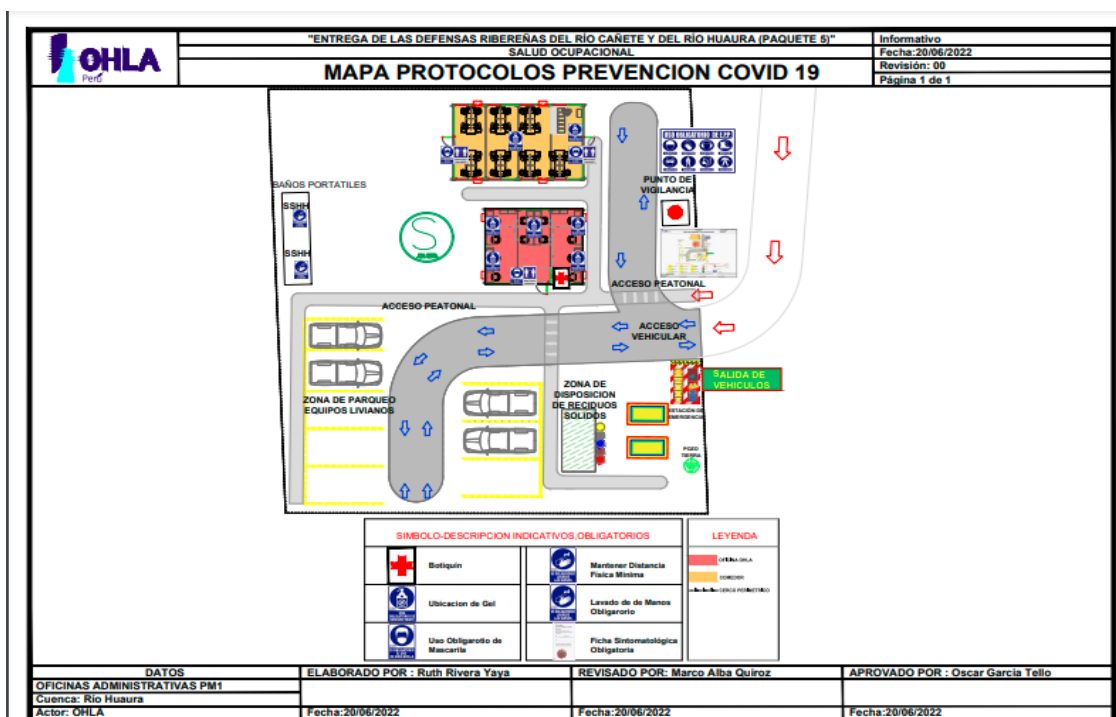
#### D) DISPOSICIÓN 4: PUNTO DE LAVADO O DESINFECCION DE MANOS.

- d.1 El empleador asegura la cantidad y ubicación de puntos de lavado de manos, que están ubicados en los campamentos PM01 y PM02 donde están ubicados las oficinas de OHLA cuentan con puntos de lavado de manos (lavadero, caño con conexión a agua potable, jabón líquido y papel toalla) o dispensadores de alcohol (al 70% y en gel), para el uso libre de lavado o desinfección de manos de los trabajadores.
- d.2 Uno de los puntos de lavado o dispensador de alcohol, alcohol en gel, están ubicados al ingreso del trabajo, para el lavado de manos o desinfección, en lo que sea posible con mecanismos que eviten el contacto de las manos con grifos o manijas.
- d.2 Se realiza cuadro de descripción y mapa de puntos de dispensador de alcohol 70% y alcohol en gel en las oficinas.
- d.3 En la parte superior de cada punto de lavado o desinfección se indica mediante carteles la ejecución adecuada del método de lavado manos correcto o uso del alcohol para la higiene de manos.

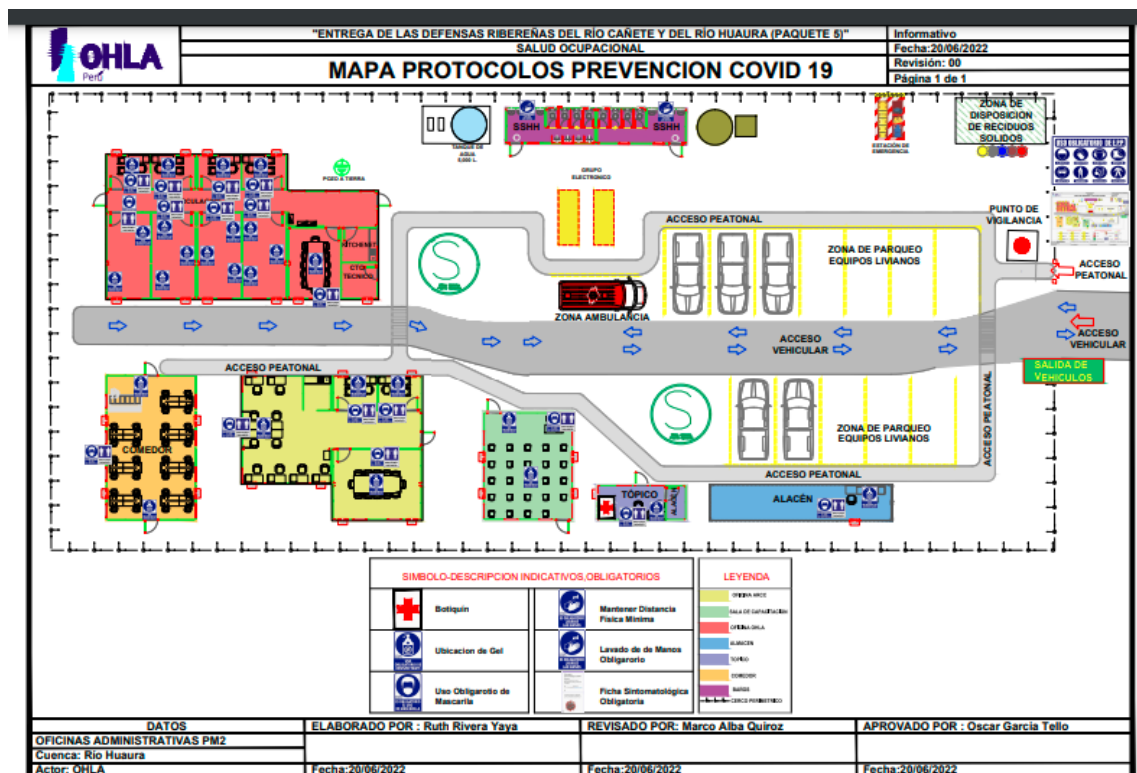
**Cuadro N°02. Ubicación de los puntos de lavado y desinfección de manos.**

| UBICACION | PATIO DE MAQUINAS PM01, PM02                           |
|-----------|--------------------------------------------------------|
| BAÑOS     | .JABON LIQUIDO<br>.PAPEL TOALLA<br>.CARTEL INFORMATIVO |
| COMEDOR   | .DISPENSADOR DE ALCOHOL 70%<br>.CARTEL INFORMATIVO     |
| OFICINAS  | .ALCOHOL EN GEL<br>.DISPENSADOR DE ALCOHOL AL 70%      |

**CAMPAMENTO PM01**



**CAMPAMENTO PM02**



## E) DISPOSICIÓN 5: SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO

Como medida para asegurar ambientes saludables frente a la COVID-19, el empleador asegura las siguientes actividades para la sensibilización a los trabajadores:

- e.1 Realizar capacitaciones sobre la COVID-19 y las medidas de disminución del ingreso de infectarse por SARS-COV-2 en el centro de trabajo, en la comunidad y en el hogar.
- e.2 Sensibilizar en la importancia de reportar tempranamente la presencia de sintomatología de la COVID-19 y el autor reporte de casos intradomiciliarios o intrafamiliar de la COVID-19, constatado por un profesional de la salud.
- e.3 Educar sobre la importancia de prevenir diferentes formas de estigmatización y discriminación de trabajadores sospechosos o confirmados de padecer la COVID-19.
- e.4 Informar de los beneficios de la vacunación en la prevención de formas graves de la enfermedad y la disminución de probabilidades de enfermar gravemente o morir por la infección de virus SARS-COV-2.
- e.5 Se realizarán Dichas actividades en la totalidad de los trabajadores, en adición al marco del cumplimiento de capacitación mínima establecida por la Ley N 29783, Ley de Seguridad y Salud e el trabajo.

**Cuadro N°03. Cronograma de actividades 2023**

| N | TEMAS                                                             | ENFOQUE                                                     | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | FRECUENCIA |
|---|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|------------|
| 1 | Medidas preventivas de la COVID-19 en el centro laboral y en casa | Medidas de disminución del riesgo de infectarse de COVID-19 | X     | X       | X     | X     | X    | X     | X     | X      | X          | X       | X         | X         | QUINCENAL  |
| 2 | Vacunación contra la COVID-19                                     |                                                             |       | X       |       | X     |      |       |       |        | X          |         |           |           | ANUAL      |
| 3 | Capacitación de medidas de COVID-19                               |                                                             |       |         | X     |       |      | X     |       |        |            | X       |           |           | ANUAL      |
| 4 | Higiene de manos                                                  |                                                             |       |         | X     |       | X    |       | X     |        | X          |         | X         |           | QUINCENAL  |
| 5 | Reporte temprano de síntomas COVID-19                             |                                                             | X     | X       | X     | X     | X    | X     | X     | X      | X          | X       | X         | X         | QUINCENAL  |
| 6 | COVID-19 y sus Variantes                                          |                                                             |       |         | X     |       |      |       |       |        | X          |         |           |           | MENSUAL    |
| 7 | La salud mental en los tiempos de COVID-19                        | Medidas preventivas de Salud Mental                         |       |         |       |       |      |       | X     |        |            |         |           | X         | MENSUAL    |

## F) DISPOSICIÓN 6: MEDIDAS PREVENTIVAS DE APLICACIÓN COLECTIVA

Acciones dirigidas a reducir el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 en el ambiente laboral, las cuales se implementan teniendo en cuenta los siguientes aspectos enfocados en la jerarquía de controles:

f.1 Evitar la exposición a SARS-COV-2, en el puesto de trabajo:

- Realizar las reuniones de trabajo o capacitación deben ser de preferencia virtual.
- Las mujeres gestantes y las mujeres que dan lactancia materna deben realizar trabajo de preferencia de bajo riesgo o aplicarse las disposiciones vigentes durante la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Protección de trabajadores en puestos de atención al cliente, mediante el empleo de barreras físicas, por ejemplo, pantallas o mamparas para mostradores, además de la doble mascarilla correspondiente.
- Esta prohibido el uso de cabina o equipo para rociar al trabajador o cliente, porque puede poner en riesgo la salud del trabajador.

f.2 Establecer controles administrativos:

- En los medios de transporte de trabajadores, deben portar mascarilla de acuerdo con la normativa emitida por la Autoridad Nacional de Salud.
- Controlar que el aforo convencional no se sobrepase durante toda la jornada laboral.

f.3 Establecer el uso obligatorio de barreras o equipos de protección personal:

- El uso de los Equipos de protección personal (EPP) en el puesto de trabajo es de acuerdo con el nivel de riesgo, debiéndose garantizar su uso correcto y seguro.
- Se Establece puntos estratégicos para el acopio de equipos de protección personal (EPP) usados, material descartable posiblemente contaminado (guantes, mascarillas u otros), para un manejo adecuado, como material contaminado, conforme lo establecido en la normativa vigente de la materia.

## H) DISPOSICIÓN 7: MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL

- g.1 El empleador asegura la disponibilidad de los Equipos de Protección Personal (EPP) e implementa las medidas para su uso correcto, en coordinación y según lo determine el profesional de salud, estableciendo como mínimo las medidas recomendadas por

organismos nacionales e internacionales tomando en cuenta el riesgo de los puestos de trabajo para exposición ocupacional al SARS-CoV-2, cumpliendo los principios de la Ley N°29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- g.2 El uso de equipo de protección respiratoria (respiradores N95, mascarillas KN95 o sus equivalentes) es de uso exclusivo para trabajadores de salud que laboran en ambientes con muy alto y alto riesgo de exposición biológica al virus SARS-CoV-2 que causa la COVID-19. Su uso es definido por el Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- g.3 De acuerdo con el nivel de riesgo de los puestos de trabajo, se deben considerar los mínimos estándares de protección respiratoria.
- g.4 El trabajador debe evitar las áreas donde se conglomeren personas, durante la ida o retorno al centro de trabajo.

## H) DISPOSICIÓN 8: SALUD DEL TRABAJADOR EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19

Durante la Emergencia Sanitaria Nacional, el empleador realiza la vigilancia de salud de los trabajadores de manera permanente y remite la información sobre la vigilancia de salud de sus trabajadores, según lo requiere la Autoridad de salud.

### 8.1 DISPOSICIONES PARA EL REGRESO O REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

#### a. DISPOSICIONES PARA EL REGRESO AL TRABAJO

Son aquellas personas que se han mantenido en aislamiento social obligatorio por factores de riesgo deben ser evaluados por el servicio de seguridad y salud en el trabajo y, de preferencia, no deben trabajar en puesto de alto o muy alto riesgo para COVID-19. Asimismo, el servicio de seguridad y salud en el trabajo debe de implementar en ellos todas las medidas descritas en la presente Directiva Administrativa.

#### b. REINCORPORACIÓN AL TRABAJO LUEGO DEL AISLAMIENTO POR COVID-19

Son aquellos trabajadores que fueron diagnosticado con COVID-19, y están de alta por el Médico tratante, deben ser evaluados por el médico del servicio de salud y seguridad en el trabajo o el que haga sus veces quien debe indicar la reincorporación al puesto de trabajo.

## 8.2 MEDIDAS PROPUESTAS POR GESTORES OHLA - HUAURA

La Dirección del Campamento PM01 y PM02 han propuesto una serie de medidas que complementan las previstas en este documento. A continuación, se relaciona las medidas a cumplir:

- DESINFECCIÓN Y LIMPIEZA:

- a) Para la desinfección de todas las áreas de trabajo en las oficinas del PM01 y PM02 se utiliza la solución de hipoclorito de sodio en concentración del 0.1%, es una cuya propiedad es la eliminación de virus y bacterias.
- b) La limpieza de todas las áreas de trabajo es permanente y continua en las zonas identificadas como de las zonas de alto tránsito y superficies de alto contacto; asimismo se ha intensificado la frecuencia de limpieza de las superficies de alto uso (pisos, manijas de puertas y ventanas, pasamanos, entre otros accesorios). Los operarios de limpieza contarán con los implementos necesarios para minimizar el riesgo de contagio.
- c) En cada punto de ingreso a los ascensores y en el Hall se cuenta con dispensadores de alcohol 70%. Se solicitará a cada usuario no tocar nada hasta llegar a su destino.

- COMEDOR:

Las instalaciones de OFICINAS DE CAMPAMENTO PM01 y PM02 designado comedores específico a la empresa OHLA en un módulo (aforo máximo de 20 personas) con tiempo donde se mantiene horarios de comidas (12:00 a 14:00, mantenido el comedor a un 50% de su capacidad máxima), se mantendrá una ventilación adecuada (ventanas abiertas y aire acondicionado), mesas con 1.5 m de distanciamiento (2 personas por mesa y señalizadas) medidas designadas por el MINSA, De acuerdo al R.M 339-2023/MINSA, donde las puertas de acceso se mantienen abiertas para evitar el recurrente contacto con las perillas o manija de las puertas y permitir el ingreso de aire nuevo al ambiente. Veracidad del proceso (ANEXO 19).

- OFICINAS:
  - a) Al utilizar los ambientes de trabajo como oficinas, el personal debe mantener una distancia mínima de 1.5 metros. Adicionalmente todo trabajador que realice trabajo presencial debe de contar con su esquema de inmunización completo, en total 3 dosis. (Ver ANEXO 18)
  - b) Se evitará la aglomeración de personas en las oficinas, así como también se mantendrá el ambiente ventilado y aire acondicionado encendido.
  - c) Las reuniones de trabajo o capacitación son preferentemente virtuales, dentro de la jornada laboral, mientras dure el Estado de Emergencia Nacional. Esto incluye, en lo posible, a los empleados que realizan trabajo presencial. Las reuniones presenciales deben ser excepcionales, bajo responsabilidad de quien las convoca.
  - d) Está prohibido el uso de cabina o equipo para rociar al trabajador o cliente, porque puede poner en riesgo la salud del trabajador.
- VEHICULOS DE TRANSPORTE:
  - a) El servicio de transporte de los trabajadores debe cumplir los lineamientos aprobados por el Ministerio de Transportes y Comunicaciones para la prevención de la COVID-19.
  - b) Todos los transportistas terrestres deben respetar las normas sobre el uso de mascarilla KN95, o en su defecto una mascarilla quirúrgica de tres pliegues y encima de esta una mascarilla comunitaria (tela) de manera obligatoria en vehículos de transporte terrestre de personas, como bus, van, camionetas, entre otras de manera obligatoria, así como los protocolos correspondientes (ventanas abiertas para la ventilación)
  - c) En los vehículos pertenecientes al sistema integrado de transporte, el aforo corresponde al 100% de los asientos indicados en su tarjeta de identificación vehicular, debiéndose considerar además lo dispuesto en la Resolución Ministerial N.º 385-2020-MTC/01 y sus modificatorias para el caso de los buses articulados.

- **CAMPAÑAS DE DESCARTE COVID-19**

Coordinar con el MINSA – ESSALUD campañas de descarte COVID-19, según sea la disponibilidad de dichas pruebas para el sector privado y grupo etario. Se ejecutarán con la finalidad de detectar posibles casos positivos asintomáticos, para aplicar el protocolo establecido.

Está dirigida a todas las áreas de trabajo dentro de obra.

La campaña será difundida con una semana de anticipación, para contar con la participación de todos los trabajadores.
- **REUNIONES CON LOS JEFES DE ÁREAS**

Sensibilización para la obtención de permisos en casos sospechosos y realización de trabajo remoto, hasta que se realice el descarte COVID.

Reportar la curva de casos COVID, para fomentar la prevención y control dentro de las áreas de trabajo.
- **REEDUCACIÓN AL PERSONAL POSTCOVID-19**

Personal que se reincorpora a obra POST-COVID 19, recibirá una charla sobre la prevención y medidas a tomar frente a un contagio por COVID -19.
- **IMPLEMENTACIÓN DE FLUJO DE REPORTE DE SÍNTOMAS DE SALUD**

Establecer un flujo donde el personal pueda llevar a cabo la comunicación oportuna de la sintomatología asociada a la COVID -19, con la finalidad de no tener en obra incremento de casos COVID (Anexo 24)
- **MASCARILLAS USO DE BARRERA OBLIGATORIO EN OFICINA Y ESPACIOS ABIERTO:**
  - a) Se usará las mascarillas de manera obligatorio todo personal de OHLA que presenta síntomas respiratorios, tanto en espacios abiertos y cerrados.
- **PROTECCIÓN DEL PERSONAL EN EL INMUEBLE (CAMPAMENTO PM01 Y PM02):**

- a) Las personas deberán mantener el distanciamiento social establecido por el gobierno (1 metros como mínimo).
- b) Se debe completar la ficha de sintomatología diariamente 15 min antes del ingreso al área de trabajo.
- c) En caso de presentar síntomas respiratorios y fiebre, el trabajador debe de comunicar de inmediato a su jefe directo, área RRHH y al área de Salud Ocupacional.

### **8.3 MEDIDAS GENERALES APLICAR A TODOS LOS TRABAJADORES**

Se acondicionará la sala de visitas para la toma de temperatura y recepción de la Ficha de sintomatología COVID-19 (ANEXO 03).

Se indicará la evaluación médica de síntomas COVID-19, a todo trabajador que presente temperatura mayor o igual a 37.5°.

Todo trabajador con fiebre y evidencia de signos o sintomatología COVID-19, que sea identificado por el profesional de salud, se considera como caso sospechoso, y se realizará:

- a) Aplicación de Ficha de investigación clínica Epidemiológica COVID-19 Anexo 05.
- b) Informar al trabajador sobre su estado de salud y retirarlo del centro de trabajo, derivarlo al establecimiento de salud correspondiente a su jurisdicción para su atención médica inmediata. Aplicar Carta de Responsabilidad: Atención Médica en Establecimiento de Salud (ANEXO 06).
- c) Identificación de contactos en domicilio y aplicación de Ficha de Identificación de contacto ANEXO 08.
- d) Identificación de personal cercano en el centro de trabajo, determinando el cerco epidemiológico.
- e) Aplicación de Prueba de descarte antigénica o molecular de COVID-19, según las normas del Ministerio de Salud, solo a personal expuesto a riesgo de exposición.
- f) Comunicar a la autoridad de salud de su jurisdicción para el seguimiento de casos correspondiente.

- g) El Médico y/o Enfermero Ocupacional realizará el seguimiento clínico a distancia a los trabajadores con sospecha o casos confirmados de COVID-19, durante el periodo de aislamiento deberá registrar cada caso en la base de datos COVID-19 F300 de OHLA CO-PE-1PE324-SS-PN-002 (ANEXO 20).
- h) Disponer que, la definición de la valoración de la aptitud o certificado de aptitud o evaluación de la aptitud en la presente Directiva Administrativa consiste en la evaluación médica realizada por el médico del servicio de seguridad y salud en el trabajo o el que haga sus veces, en el marco de la emergencia sanitaria. Esta no se refiere a la evaluación de la aptitud laboral referida en el Documento Técnico “Protocolos de Exámenes Obligatorios por Actividad”, aprobado con Resolución Ministerial N 312-2011-MINSA”

#### **8.4 MEDIDAS ESPECÍFICAS A APLICAR A LOS TRABAJADORES CON RIESGO MEDIO**

Los trabajadores con riesgo medio deberán, además de cumplir lo indicado en el apartado anterior, realizar la prueba antigénica o molecular de manera inicial y de forma periódica (1 mes) a fin de evidenciar su salud.

#### **8.5 REVISIÓN Y REFORZAMIENTO A TRABAJADORES EN PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO CON RIESGO CRÍTICO EN PUESTOS DE TRABAJO**

Dentro de las actividades a realizar por el personal de OHLA Gestor no se han identificado actividades de riesgo crítico, además estas medidas aplican para trabajadores que están próximos a retornar o reincorporarse para realizar labores. De presentarse el caso, se procederá con las siguientes medidas, brindadas por el área de SSOMA:

- Revisión de los procedimientos técnicos del trabajo crítico a realizar.
- Descripción de funciones y riesgos del puesto de trabajo, incluyendo el riesgo biológico de COVID-19.
- Refuerzo en utilización de equipos o herramientas peligrosas que emplee en la realización de sus labores.

## 9 RESPONSABILIDADES DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VIGILANCIA PREVENTIVO COVID-19

### GERENCIA

- Aprobar el presente plan de contingencia frente al COVID-19 para el regreso y retorno al trabajo.
- Proporcionar los recursos necesarios para la implementación del Plan.
- Brindar las directivas a la línea de mando para su cumplimiento en toda la organización.
- Asumir el presente plan como parte del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

### MEDICO OCUPACIONAL

- Definir las medidas propuestas en este plan.
- Mantenerse informado respecto a disposiciones y demás publicaciones oficiales emitidos por la autoridad de la salud.
- Evaluar los puestos de trabajo según el riesgo de exposición para COVID-19.
- Evaluar a los trabajadores con sospecha o casos confirmados de COVID-19.
- Aprobar el material informativo para la difusión de las medidas de prevención en salud.
- Dar las directivas de cumplimiento en materia de salud a las áreas correspondientes del proyecto.
- Garantizar los equipos de protección personal para el personal de uso obligatorio.
- Capacitar a la línea de mando y trabajadores sobre las medidas de prevención del COVID-19.
- Adopción de nuevas medidas y revisión del documento en caso de que las condiciones lo ameriten.
- Tener el registro del personal vacunado con la dosis completa y fecha de vacunación (físico o virtual) contra el Covid-19 MINSA.

### JEFES DE ÁREA

- Difundir e implementar el presente Plan a todo el personal a su cargo.
- Verificar que todos los empleados pasen los controles de ingreso y cuenten con los equipos de protección personal adecuados.
- Informar a los trabajadores las medidas de prevención del COVID-19 en el lugar de trabajo.
- Verificar que los servicios de bienestar se encuentren limpios y desinfectados, asimismo cuenten con jabón.
- Cumplir y hacer cumplir las indicaciones médicas que sean formuladas a su personal a cargo.
- Coordinar la implementación de los controles para disminuir el riesgo de exposición a COVID-19.

### TRABAJADORES

- Cumplir con las directivas y lineamientos del presente Plan.
- Participar de manera activa en las capacitaciones y campañas de sensibilización dirigidas por el proyecto para prevenir el contagio del COVID-19.
- Reportar cualquier sospecha de infección respiratoria al médico o enfermero ocupacional del proyecto de OHLA.
- Comunicar todo desplazamiento a realizar fuera del país ya sea por temas laborales y/o personales y llenar la declaración jurada a su retorno.
- Cumplir con las indicaciones del área de salud ocupacional.
- El trabajador no podrá salir de las instalaciones hasta el término de su turno, no pudiendo realizar labores fuera de las mismas sin autorización del área de SST, salvo aquellos que vayan a comer a su domicilio particular.

## 10 PRESUPUESTO Y PROCESO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE COVID 19

A continuación, se presenta la partida presupuestaria prevista para la implantación de medidas en materia de protección frente al COVID-19.

La relación propuesta es referencial pudiendo adaptarse a las necesidades previstas en cada momento.

**Cuadro N°04. Presupuesto para la adquisición de insumos**

| MATERIAL                  | UNIDAD | CANTIDAD (Und) | FRECUENCIA DE CAMBIO (Días) | FRECUENCIA DE CAMBIO (Meses) | TIEMPO TOTAL DEL PRESUPUESTO (Meses) | CANTIDAD DE MATERIALES | PRECIO (Und) | COSTO TOTAL (S/) |
|---------------------------|--------|----------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------|--------------|------------------|
| MASCARROLLA KN95          | UND    | 480            | 3                           | 1                            | 8                                    | 3840                   | 4.8          | 18.432           |
| ALCOHOL EN GEL (1 LITRO)  | UND    | 8              | 10                          | 1                            | 8                                    | 64                     | 9.98         | 638.72           |
| ALCOHOL LIQUIDO (1 LITRO) | UND    | 8              | 10                          | 1                            | 8                                    | 64                     | 7.33         | 469.12           |
| <b>TOTAL</b>              |        |                |                             |                              |                                      |                        |              | <b>1.126.272</b> |

| COD | DESCRIPCIÓN                                                                         | <b>Acumulado</b><br>(abril 2021 – agosto 2023) |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|     |                                                                                     | Costo Contable                                 |
|     | <b>COVID 19</b>                                                                     | <b>73,105.26</b>                               |
|     | Pruebas COVID *                                                                     | 21,368.42                                      |
|     | Gastos Médicos por COVID                                                            | 21,368.42                                      |
|     | Materiales para prevención COVID (Alcohol, alcohol en gel, mascarillas, termómetro) | 21,368.42                                      |
|     | Varios (COVID 19)                                                                   | 9,000.00                                       |

Considerando que el presupuesto expuesto es referencial, en la actualidad se cuenta con un proyectado de 36,000 mil soles de Enero – Agosto del 2023, relacionados a costos indirectos para la COVID -19, según el área de presupuesto de OHLA.

\*Según la Directiva Administrativa 321 MINSA/DGIESP-2021, para la toma de las pruebas COVID, se evaluará el riesgo de exposición al SARS COVID, según puesto de trabajo.

Cada proyecto dispone de un procedimiento de compras basado en los siguientes parámetros:

- Identificación de necesidades.
- Identificación de requisitos aplicables al producto.
- Toma de contacto por proveedores.
- Redacción de comparativo.
- Autorización de compra.
- Adquisición de producto.

De acuerdo a observación de pruebas COVID -19 se adjunta informe de evaluación para casos a realizar la toma de pruebas COVID-19 (anexo 26 ; adjunto en PDF).

## 11 DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Los miembros del Sub-Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo revisan y aprueban el siguiente plan y dejan constancia en el Acta de Sesión Extraordinaria.

## 12 FORMATOS RELACIONADOS

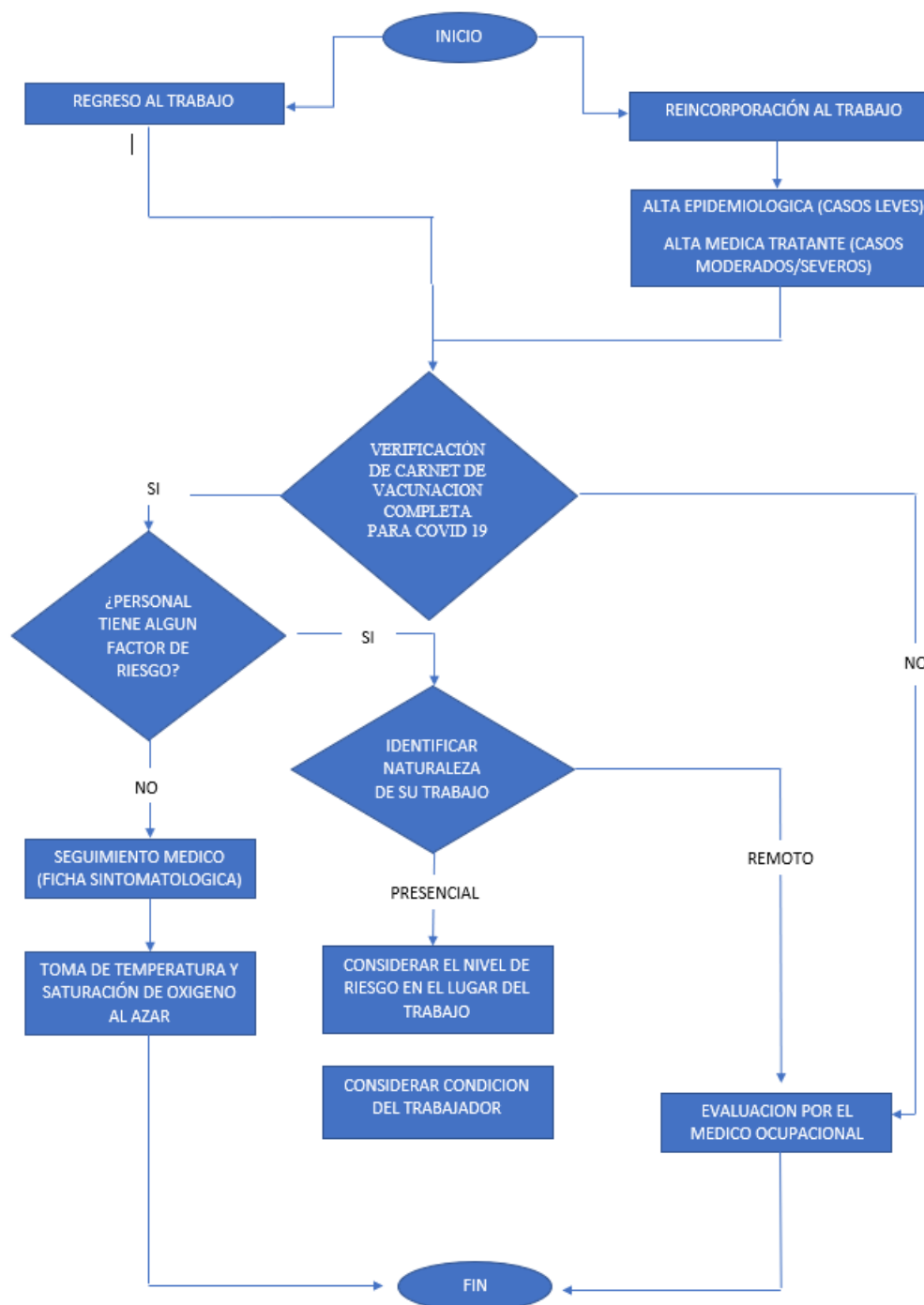
- CO-PE-1PE324-SS-PN-002 – ANEXO 04 BASE DE DATOS VACUNACIÓN COVID-19
- CO-PE-1PE324-SS-PN-002 – ANEXO 09 BASE DE DATOS COVID-19 F300 OHLA

## 13 ANEXOS

- ANEXO 01. FLUJOGRAMA DE REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO
- ANEXO 02. LISTA DE CHEQUEO DE VIGILANCIA COVID -19 (CHECKLIST)
- ANEXO 03. FICHA DE EVALUACION DE LA APTITUD PARA EL REGRESO O REINCORPORACION AL TRABAJO DECLARACIÓN JURADA
- ANEXO 04. FORMATO DE REGISTRO DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19
- ANEXO 05. FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19

- ANEXO 06. CARTA DE RESPONSABILIDAD: ATENCIÓN MÉDICA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
- ANEXO 07. DECLARACION DE CONOCER LOS RIESGOS DE REINCOPORACION AL CENTRO LABORAL
- ANEXO 08. FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CONTACTO COVID-19
- ANEXO 09. FORMATO DE BASE DE DATOS COVID-19 F300 OHLA
- ANEXO 10. GUIA PARA EL USO DE MEDIDORES DE CO2 EN AMBIENTES DE TRABAJO Y ESCUELAS
- ANEXO 11. ESPECIFICACIONES PARA MASCARILLAS Y RESPIRADORES
- ANEXO 12. CARTEL INFORMATIVO DE LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS.
- ANEXO 13. SEÑALETICA PARA LAS INSTALACIONES DEL PROYECTO
- ANEXO 14. TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA DIFUSIÓN DEL PLAN COVID-19
- ANEXO 15. DECLARACION JURADA DE SINTOMATOLOGIA COVID-19
- ANEXO 16. REGISTRO ENTREGA DE EPPS
- ANEXOS 17. CERTIFICADO DE OPERATIVIDAD DE ACONDICIONADO TIPO VENTANA, PM01 Y PM02.
- ANEXO 18. ESQUEMA DE VENTILACION
- ANEXO 19. OFICINAS
- ANEXO 20. COMEDOR
- ANEXO 21. FICHA EPIDEMIOLOGICA DE SEGUIMIENTO DIARIO PARA PERSONAL SOSPECHOSO O CONFIRMADO POR COVID-19
- ANEXO 22. REGISTRO DE CONTROL DE TEMPERATURA Y PULSIOXIMETRIA
- ANEXO 23. ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SCSST DEL PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA COVID – 19 (REV.04)
- ANEXO 24. FLUJO DE REPORTE DE SINTOMAS DE SALUD
- ANEXO 25. NOMINA DE TRABAJADORES POR NIVEL DE RIESGO A EXPOSICION A LA COVID-19
- ANEXO 26. INFORME DE EVALUACION PARA CASOS A REALIZAR TOMA DE PRUEBA COVID-19 (ADJUNTO PDF)

ANEXO 01. FLUJOGRAMA DE REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO



# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA COVID-19 EN EL TRABAJO



## ANEXO 02. LISTA DE CHEQUEO DE VIGILANCIA COVID -19 (CHECKLIST)

Lista de chequeo de vigilancia de la Covid-19 en centros de trabajo con cinco o mas trabajadores

**Redes Sociales:** OBRASCONHUARTELA S.A. **RUC:** 2042512315 **Domicilio fiscal:** Av. 28 de julio 150 **Dirección:** Miraflores **Provincia:** Lima

**Domicilio del centro a lugar de trabajo inspeccionado:** Av. 28 de Julio 150 Miraflores, Pta 7. **Dirección:** Miraflores **Provincia:** Lima

**Actividad Económica:** Ingeniería y Construcción **Fecha de inspección:** 28/03/2022 **Fecha de Elaboración:** 12/01/2023

**Responsable de la inspección:** Dra. Giannina Domínguez Salas **Firma:** **Fecha de difusión por correo:** 24/04/2022

| ELEMENTOS                                                                       |                                                                                                                                                                       | % de Cumplimiento                                             |                                                   |                                       |                          | OBSERVACIONES | EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | 0%                                                            | 0%                                                | 0%                                    | 0%                       |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | C                                                             | CP                                                | NC                                    | NA                       |               |           |
| <b>I ASPECTOS GENERALES</b>                                                     |                                                                                                                                                                       |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 1                                                                               | Ventilación natural o mecánica de los ambientes del centro de labores (detallar espacios)                                                                             |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 2                                                                               | Uso de Medidores CO2 (Recomendable)                                                                                                                                   |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 3                                                                               | Se evalúa la condición de salud de todos los trabajadores periódicamente                                                                                              |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 4                                                                               | Ficha Sintomatológica de la COVID-19                                                                                                                                  |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| <b>II CASOS SOSPECHOSOS</b>                                                     |                                                                                                                                                                       |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | 0% <td>0% <td>0% <td>0% <td></td> <td></td> </td></td></td>   | 0% <td>0% <td>0% <td></td> <td></td> </td></td>   | 0% <td>0% <td></td> <td></td> </td>   | 0% <td></td> <td></td>   |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | C                                                             | CP                                                | NC                                    | NA                       |               |           |
| 1                                                                               | Aplicación de la ficha epidemiológica de la COVID-19 establecida por el MINSA a todos los casos sospechosos en trabajadores de bajo riesgo.                           |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 2                                                                               | Identificación y aislamiento de casos sospechosos.                                                                                                                    |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 3                                                                               | Se realiza seguimiento clínico a distancia diariamente al trabajador identificado como sospechoso.                                                                    |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| <b>III MEDIDAS DE HIGIENE</b>                                                   |                                                                                                                                                                       |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | 0% <td>0% <td>0% <td>0% <td></td> <td></td> </td></td></td>   | 0% <td>0% <td>0% <td></td> <td></td> </td></td>   | 0% <td>0% <td></td> <td></td> </td>   | 0% <td></td> <td></td>   |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | C                                                             | CP                                                | NC                                    | NA                       |               |           |
| 1                                                                               | Se aseguran los puntos de lavado de manos con agua potable, jabón líquido o jabón desinfectante y papel toalla o puntos de alcohol.                                   |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 2                                                                               | Se ubica un punto de lavado o de dispensador de alcohol (al 70% y en gel) en el ingreso del centro de trabajo.                                                        |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 3                                                                               | Se colocan carteles en las partes superiores de los puntos de lavado para la ejecución adecuada del método del lavado correcto o el uso de alcohol para               |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| <b>IV SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO</b> |                                                                                                                                                                       |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | 0% <td>0% <td>0% <td>0% <td></td> <td></td> </td></td></td>   | 0% <td>0% <td>0% <td></td> <td></td> </td></td>   | 0% <td>0% <td></td> <td></td> </td>   | 0% <td></td> <td></td>   |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | C                                                             | CP                                                | NC                                    | NA                       |               |           |
| 1                                                                               | Se difunden información sobre coronavirus y medios de protección laboral en lugares visibles.                                                                         |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 2                                                                               | Se difunde la importancia del lavado de manos, toser o estornudar cubriéndose la boca con la flexura del codo, no tocarse el rostro entre otras prácticas de higiene. |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 3                                                                               | Todos los trabajadores utilizan mascarilla de acuerdo al nivel de riesgo del puesto de trabajo.                                                                       |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 4                                                                               | Se facilitan medios para responder las inquietudes de los trabajadores con respecto a la COVID-19.                                                                    |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| <b>V MEDIDAS PREVENTIVAS</b>                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | 0% <td>0% <td>0% <td>100% <td></td> <td></td> </td></td></td> | 0% <td>0% <td>100% <td></td> <td></td> </td></td> | 0% <td>100% <td></td> <td></td> </td> | 100% <td></td> <td></td> |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | C                                                             | CP                                                | NC                                    | NA                       |               |           |
| 1                                                                               | Existen medidas de protección a los trabajadores en puestos de atención al cliente, mediante el empleo de barreras físicas.                                           |                                                               |                                                   |                                       | X                        |               |           |
| 2                                                                               | Se establecen puntos estratégicos para el acopio y entrega de EPP.                                                                                                    |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 3                                                                               | Se entrega EPP de acuerdo con el riesgo del puesto de trabajo.                                                                                                        |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 4                                                                               | El trabajador utiliza correctamente el EPP.                                                                                                                           |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 5                                                                               | El centro laboral promueve y facilita el esquema completo de vacunación para el SARS COV-2                                                                            |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| <b>VI VIGILANCIA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR</b>                                 |                                                                                                                                                                       |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | 0% <td>0% <td>0% <td>0% <td></td> <td></td> </td></td></td>   | 0% <td>0% <td>0% <td></td> <td></td> </td></td>   | 0% <td>0% <td></td> <td></td> </td>   | 0% <td></td> <td></td>   |               |           |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                       | C                                                             | CP                                                | NC                                    | NA                       |               |           |
| 1                                                                               | Se controla la temperatura corporal al azar                                                                                                                           |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 2                                                                               | Se indica evaluación médica de síntomas a todo trabajador que presente la temperatura corporal mayor a 37.5°C                                                         |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 3                                                                               | Se considera medidas de salud mental (Especificar)                                                                                                                    |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 4                                                                               | Se registra en el SIS COVID-19 a todos los trabajadores que pasen por una prueba de la COVID-19                                                                       |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |
| 5                                                                               | Se le indica aislamiento domiciliario cubierto por descanso médico por un tiempo no menor de 101 días o Sete (07) días a aquellos trabajadores                        |                                                               |                                                   |                                       |                          |               |           |

| ELEMENTOS                                                                |  | %C    | C | %CP   | CP | %NC   | NC | %NA     | NA |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-------|---|-------|----|-------|----|---------|----|
| I ASPECTOS GENERALES                                                     |  | 0     | 0 | 0     | 0  | 0     | 0  | 0       | 0  |
| II CASOS SOSPECHOSOS                                                     |  | 0     | 0 | 0     | 0  | 0     | 0  | 0       | 0  |
| III MEDIDAS DE HIGIENE                                                   |  | 0     | 0 | 0     | 0  | 0     | 0  | 0       | 0  |
| IV SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO |  | 0.00% | 0 | 0.00% | 0  | 0.00% | 0  | 100.00% | 1  |
| V MEDIDAS PREVENTIVAS                                                    |  | 0     | 0 | 0.00% | 0  | 0     | 0  | 100.00% | 0  |
| VI VIGILANCIA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR                                 |  | 0     | 0 | 0.00% | 0  | 0.00% | 0  | 100.00% | 1  |
| TOTAL                                                                    |  | 0     | 0 | 0.00% | 0  | 0.00% | 0  | 100.00% | 1  |

| ELEMENTOS                                |  | %C    | %CP   | %NC   | %NA     |
|------------------------------------------|--|-------|-------|-------|---------|
| I ASPECTOS GENERALES                     |  |       |       |       |         |
| II CASOS SOSPECHOSOS                     |  |       |       |       |         |
| III MEDIDAS DE HIGIENE                   |  |       |       |       |         |
| IV SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN      |  |       |       |       |         |
| V MEDIDAS PREVENTIVAS                    |  | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 100.00% |
| VI VIGILANCIA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR |  | 0.00% |       |       |         |

**Resumen**

|       | %C | %CP   | %NC   | %NA     |
|-------|----|-------|-------|---------|
| Total |    | 0.00% | 0.00% | 100.00% |

**Tipos de Cumplimiento**

**Desglose de Cumplimiento**

**EVIDENCIAS**

\*Según lo indicado de la DA N.º 339-MINSA/DGIESP-2023

- ANEXO 03. FICHA DE EVALUACION DE LA APTITUD PARA EL REGRESO O REINCORPORACION AL TRABAJO DECLARACIÓN JURADA

**ANEXO N°2: EVALUACION DE LA APTITUD PARA EL REGRESO O REINCORPORACION AL TRABAJO DECLARACION JURADA**

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 339-MINSA/DGIESP -2023 -

Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS- Cov-2

Apellidos y Nombres:

Area de trabajo:

Dirección:

DNI:

N° de celular:

En los últimos 10 días de calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes

1. Sensación de alza térmica, fiebre o malestar general.
2. Dolor de Garganta, tos , estornudos o dificultad para
3. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal
4. Perdida del gusto y/o del olfato
5. Contacto con caso confirmado COVID-19
6. Esta tomando alguna medicación ( detallar cuales):

| Sí | No |
|----|----|
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |
|    |    |

7. Pertenecer a algún grupo de riesgo para covid-19 :

| Condición            | Sí | No |
|----------------------|----|----|
| Mayor de 65 años     |    |    |
| Cáncer               |    |    |
| Enfermedad renal     |    |    |
| Enfermedad Pulmonar  |    |    |
| Afecciones Cardíacas |    |    |
| DM tipo 1 o 2        |    |    |
| Obesidad (IMC >30)   |    |    |

| Condición                         | Sí | No |
|-----------------------------------|----|----|
| Receptor de trasplante de órganos |    |    |
| Enfermedad Cerebro Vascular       |    |    |
| Hipertensión Arterial             |    |    |
| Síndrome de Down                  |    |    |
| Embarazo                          |    |    |
| Infección por VIH                 |    |    |

8. Estado de Vacunación para SARS-CoV-2 (# dosis)

He recibido la explicación del objeto de esta evaluación y he respondido con la verdad

Fecha

Firma del Trabajador

#### ANEXO 04. FORMATO DE REGISTRO DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

[illegible]

ANEXO 05. FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19

|  <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades                                                                     |                                                        | FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| 1. Fecha de notificación: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                     |                                                        | 4. Inst. Adm:                                                                                                                             |  |
| 2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____                                                                                                                                                                                                                                |                                                        | <input type="checkbox"/> MINSA<br><input type="checkbox"/> ESSALUD<br><input type="checkbox"/> FFAA / PNP<br><input type="checkbox"/> EPS |  |
| 3. IPRESS _____                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| 5. Clasificación del Caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Sospechoso                                                                                                                                                           |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Descartado                                                                                                                                                                                        |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| Estudio de reinfección: <input type="checkbox"/> (Se deberá completar además la sección VII)                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| <b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| 6. Apellidos y nombres: _____                                                                                                                                                                                                                                |                                                        | 7. N° de teléfono: _____                                                                                                                  |  |
| 8. Fecha de nacimiento: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                       |                                                        | 9. Edad: ____ Tipo Edad <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días                        |  |
| 10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                               |                                                        | 11. Tipo de Documento: _____ N° _____                                                                                                     |  |
| 12. Peso: <input type="text"/> gramos                                                                                                                                                                                                                        |                                                        | 13. Talla: <input type="text"/> metros                                                                                                    |  |
| 14. Etnia o Raza: <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Asiático Descendiente <input type="checkbox"/> Indígena Amazónico <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                                                        | Pueblo Étnico: _____                                                                                                                      |  |
| 15. Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero                                                                                                                                                                       |                                                        | País de Nacionalidad: _____                                                                                                               |  |
| 16. Migrante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                        |                                                        | País de Origen: _____                                                                                                                     |  |
| 17. Dirección de Residencia Actual: _____                                                                                                                                                                                                                    |                                                        | País: _____ Localidad: _____                                                                                                              |  |
| Urb/Área: _____ Tipo de Vía: _____                                                                                                                                                                                                                           |                                                        | Lote Nro. _____                                                                                                                           |  |
| Nombre de la Vía: _____                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| Departamento: _____                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | Provincia: _____                                                                                                                          |  |
| <b>III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS:</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| 18. Tipo de Caso: <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Asintomático                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| 19. Fecha de Inicio de Síntomas: ____/____/____                                                                                                                                                                                                              |                                                        | 20. Fecha de inicio de Aislamiento: ____/____/____                                                                                        |  |
| 21. Síntomas:                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Tos                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Malestar general              | <input type="checkbox"/> Dolor de oído                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Diarrea                       | <input type="checkbox"/> Irritabilidad / Confusión                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos               | <input type="checkbox"/> Dolor muscular                                                                                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Cefalea                       | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                                                                                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Fiebre                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Anosmia                       | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Escalofrío                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ageusia                       |                                                                                                                                           |  |
| Otros/Especificar: _____                                                                                                                                                                                                                                     |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| 22. Signos:                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Exudado faríngeo                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea              | <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Inyección Conjuntival                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal | <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en ecografía                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Convulsión                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____                                                                                                                                                                                                            |                                                        | <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en RMN                                                                                       |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>23. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años<br><input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión arterial)<br><input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Tipo I y II)<br><input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular<br><input type="checkbox"/> Síndrome de Down<br><input type="checkbox"/> Obesidad<br><input type="checkbox"/> Embarazo (Edad gestacional: _____ semanas).<br><input type="checkbox"/> Otros especificar: _____ | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)<br><input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica<br><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica<br><input type="checkbox"/> Cáncer<br><input type="checkbox"/> Receptor de trasplante de órganos y/o células madres sanguíneas. |                                                                               |                                   |
| <b>24. Ocupación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de salud<br><input type="checkbox"/> Policía<br><input type="checkbox"/> Militar<br><input type="checkbox"/> Estudiante<br><input type="checkbox"/> Otros especificar: _____                                                                                                                                                                                                                                                  | Si es trabajador de salud, especificar profesión:<br><input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Laboratorista<br><input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico de enfermería<br><input type="checkbox"/> Otros: _____                                             |                                                                               |                                   |
| <b>25. ¿Ha Tenido contacto directo con un caso sospechoso, probable o confirmado en los 14 días previos al inicio de síntomas?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| Si la respuesta es sí, marque según corresponda:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <input type="checkbox"/> Entorno de Salud<br><input type="checkbox"/> Casa de reposo<br><input type="checkbox"/> Desconocido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Entorno familiar<br><input type="checkbox"/> Centro penitenciario<br><input type="checkbox"/> Otros, especifique _____                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Entorno laboral<br><input type="checkbox"/> Albergue |                                   |
| <b>26. ¿Vacunado contra la COVID-19?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| 1° dosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ____/____/____                                                                | Tipo de Vacuna                    |
| 2° dosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ____/____/____                                                                | Tipo de Vacuna                    |
| <b>VI. LABORATORIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>27. Prueba Molecular</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               | Resultado                         |
| Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Tipo de muestra: _____ Fecha de resultado ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               | Positivo <input type="checkbox"/> |
| <b>28. Prueba Antigénica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               | Negativo <input type="checkbox"/> |
| Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Tipo de muestra: _____ Fecha de resultado ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               | Positivo <input type="checkbox"/> |
| <b>29. Secuenciación genética</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               | Negativo <input type="checkbox"/> |
| <b>30. Motivo de solicitud:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>31. Linaje:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>VII. REINFECCIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| Primera Infección (Antecedentes):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>32. Presentó síntomas</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>33. Fecha de inicio de síntomas:</b> ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>34. Fecha de resultado:</b> ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>35. Prueba confirmatoria inicial:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <input type="checkbox"/> Prueba Molecular <input type="checkbox"/> Reinfeción Sospechosa<br><input type="checkbox"/> Prueba Antigénica <input type="checkbox"/> Reinfeción Probable<br><input type="checkbox"/> Prueba Serológica <input type="checkbox"/> Reinfeción Confirmada                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>36. Clasificación de la Reinfeción:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>VIII. INVESTIGADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>37. Persona que llena la ficha:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |
| <b>38. Firma y Sello:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                   |

- ANEXO 06. CARTA DE RESPONSABILIDAD: ATENCIÓN MÉDICA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



**CARTA DE RESPONSABILIDAD  
ATENCIÓN MÉDICA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Yo, ..... identificado  
con DNI: ....., domiciliado en: .....  
.....

He recibido la atención por el personal de salud:  
.....

Quien me brinda las indicaciones:

1. Acudir al establecimiento de salud de mi jurisdicción de domicilio o establecimiento privado a fin de poder obtener una evaluación médica, diagnóstico preciso y tratamiento adecuado.
2. Mantener comunicación directa para informar sobre dicha atención y mi estado de salud a mi jefe inmediato y médico / enfermero ocupacional del proyecto.

Fecha: ...../...../.....

.....  
Firma del trabajador



Huella Digital

Nombres y Apellidos:

DNI:

N° Celular:

Empresa:

Área:

Puesto de Trabajo:

**Contacto:**

Salud Ocupacional: 965 690 472

- ANEXO 07. DECLARACION DE CONOCER LOS RIESGOS DE REINCOPORACION AL CENTRO LABORAL

**ANEXO N°1: DECLARACION DE CONOCER LOS RIESGOS DE RETORNO O REINCORPORACION AL CENTRO  
LABORAL**

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 339-MINSA/DGIESP -2023 -

Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la vigilancia, prevencion y control

Fecha: 20/01/2023

Hora:

Yo:

con N° de DNI:

declaro lo siguiente:

El servicio de seguridad y salud en el trabajo me ha informado y comprendido sobre todos los riesgos que implica mi regreso o reincorporacion en modalidad presencial a mi centro laboral de acuerdo con la normativa vigente. Esta declaración no implica que sea responsable de los daños en mi salud que puedan generarse por accidentes o riesgos laborales

\_\_\_\_\_  
Firma y huella digital del empleador

DNI:

Página 1

\_\_\_\_\_  
Firma y Huella digital del Personal de SOMA

■ ANEXO 08. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTACTO COVID-19

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|  <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud<br>Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTACTO COVID-19</b> |
| <b>I. DATOS GENERALES DEL CASO CONFIRMADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| Fecha de investigación: ____/____/____<br>Nombre del caso confirmado: _____ DNI/CE/PSP: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| <b>II. DATOS DEL CONTACTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| Apellidos y nombres: _____ N° de teléfono: _____<br>Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día<br>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino DNI/CE/PSP: _____<br>Dirección de Residencia Actual: _____<br>Departamento: _____ Provincia: _____<br>Tipo de contacto:<br><input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Centro laboral <input type="checkbox"/> Centro de estudios<br><input type="checkbox"/> Evento social <input type="checkbox"/> Atención médica domiciliaria <input type="checkbox"/> Otros _____<br>Factores de riesgo y comorbilidad:<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años<br/> <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión arterial)<br/> <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Tipo I y II)<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular<br/> <input type="checkbox"/> Síndrome de Down<br/> <input type="checkbox"/> Obesidad<br/> <input type="checkbox"/> Embarazo (Edad gestacional: ____ semanas).<br/> <input type="checkbox"/> Otros especificar: _____         </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica<br/> <input type="checkbox"/> Cáncer<br/> <input type="checkbox"/> Receptor de trasplante de órganos y/o células madres sanguíneas.         </div> </div> |                                                     |
| <b>III. EL CONTACTO ES UN CASO SOSPECHOSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |
| <b>IV. INVESTIGADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |
| Persona que llena la ficha: _____<br>Firma y Sello: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |

CO-PE-1PE324-SS-PN-002-ANEXO 10 BASE DE DATOS DEL PERSONAL OHLA



| RANGO DE FECHAS |  |
|-----------------|--|
| Desde           |  |
| Hasta           |  |

**FILTRAR**[illegible][illegible]

■ ANEXO 10. GUÍA PARA EL USO DE MEDIDORES DE CO<sub>2</sub> EN AMBIENTES DE TRABAJO Y ESCUELAS

Los medidores portátiles de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) permiten verificar que el aire de los ambientes se renueva permanentemente a través de una ventilación adecuada.

El nivel de CO<sub>2</sub> indica el grado de no circulación del aire interior. Al respirar, junto con los aerosoles, las personas exhalan CO<sub>2</sub> por lo que la acumulación de este gas es un buen indicador de la acumulación de aerosoles que podrían transmitir la COVID – 19. En este sentido, el monitoreo del CO<sub>2</sub> permite regular el nivel de apertura de ventanas y puertas necesario para una mantener una adecuada ventilación en un ambiente interior.

El nivel de CO<sub>2</sub> al aire libre se encuentra en una concentración de **400 partes por millón (ppm)**. Este nivel puede variar, en zonas urbanas con alto tránsito vehicular o presencia de industrias.

**Nivel base de CO<sub>2</sub>**

El nivel de concentración de CO<sub>2</sub> de un ambiente sin personas, se denomina **nivel de base de CO<sub>2</sub>**. Cuando en un ambiente interior el CO<sub>2</sub> aumenta en 400 partes por millón por sobre el nivel de base del ambiente, producto de la respiración de las personas que ocupan ese espacio, se estima que el 1% del aire que se respira ya fue respirado por otra persona.

**El umbral de concentración de CO<sub>2</sub> que actualmente se recomienda como indicador de una ventilación adecuada es de 400 ppm por sobre el nivel de base.**

Cuando la concentración de CO<sub>2</sub> se incrementa en 400 ppm por sobre la medición con la oficina o el aula vacía (medición de base o medición basal), se debe actuar para mejorar la ventilación.

**Existe consenso en que es deseable que el nivel de CO<sub>2</sub> en escuelas, hogares, oficinas, etc. se ubique por debajo de las 1.000 ppm.**

Como muestra la tabla 1, el valor de CO<sub>2</sub> a partir del cual se debe procurar mejorar la ventilación difiere según las condiciones iniciales (sin personas presentes). Así, por ejemplo, para un aula donde la medición de base arroja 350 ppm, el valor de alerta mientras transcurra la clase será de 750ppm, mientras que para un aula donde la medición de base indique 650 ppm, el valor de alerta será de 1050 ppm.

No es necesario esperar a que la medición se incremente 400 ppm para actuar. La situación ideal es que durante el trabajo o la clase la medición del CO<sub>2</sub> se mantenga en niveles similares a los del ambiente de trabajo o el aula vacía (lo cual es posible cuando hay buena ventilación), cuando la medición muestre un aumento de 250 a 300

ppm se debe abrir más las puertas y ventanas para procurar que el valor descienda o se estabilice.

En el caso de los pasillos de circulación y otros espacios no ocupados en forma permanente, la concentración de CO<sub>2</sub> no se debe incrementar en más de 150/200 ppm con relación al valor que arroja el espacio exterior, para garantizar la renovación del aire que ingrese desde los pasillos a los interiores.

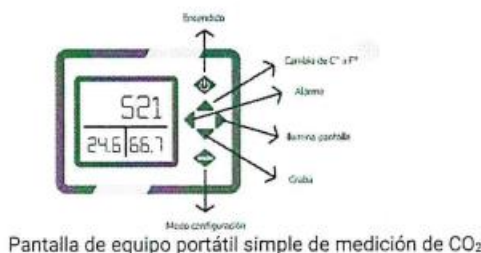


**Tabla N° 01 Niveles de alerta para un conjunto de oficinas u aulas ante el aumento de la concentración de dióxido de carbono por la respiración humana**

|                   | Baja temperatura   | Incremento de CO <sub>2</sub> con ambiente ocupado por personas (efecto de la respiración humana) |     |      |            |                                      |      |
|-------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------------|--------------------------------------|------|
|                   |                    | Medición de base (aula vacía)                                                                     | 100 | 300  | 375        | 400 (umbral de ventilación adecuada) | 800  |
| Trabajo o escuela | Oficina o aula 1   | 400                                                                                               | 500 | 700  | 775        | 800                                  | 1200 |
|                   | Oficina o aula 2   | 450                                                                                               | 550 | 750  | 825        | 850                                  | 1250 |
|                   | Oficina o aula 3   | 500                                                                                               | 600 | 800  | 875        | 900                                  | 1300 |
|                   | Oficina o aula 4   | 550                                                                                               | 650 | 850  | 925        | 950                                  | 1350 |
|                   | Oficina o aula 5   | 600                                                                                               | 650 | 900  | 975        | 1000                                 | 1400 |
|                   | Riesgo de contagio | Muy bajo                                                                                          |     | Bajo | Medio bajo | Medio alto a muy alto                |      |

Fuente: modificado de la Guía de recomendaciones para la prevención de la transmisión de COVID-19 en la provincia de Buenos Aires

Al encender el equipo luego de un breve lapso de precalentamiento, comenzará a mostrar en pantalla los valores relativos al nivel de CO<sub>2</sub> y de otras variables (temperatura, porcentaje de humedad relativa), dependiente del modelo del aparato.

#### Ubicación del medidor de dióxido de carbono en el ambiente de trabajo o aula:

- **A un metro y medio o más de distancia de las personas:** si se ubica cerca de las personas se podría alterar la medición, pues los dispositivos son muy sensibles a toda fuente de CO<sub>2</sub>, incluida la exhalación directa.
- **A una altura de un metro o un metro y medio del piso**

- **Lo más alejado posible de puertas y ventanas.**
- De ser posible, ubicarlo aproximadamente en el **centro del aula o ambiente de trabajo.**

Ante situaciones donde la medición indique incrementos cercanos al umbral de 400 ppm, resulta conveniente que se realicen otras mediciones en distintos lugares del aula, especialmente en aquellos espacios donde se sospeche que hay menor ventilación.

### ¿Cómo se realiza la medición?

- ✓ Ventilar bien la oficina o el aula antes de iniciar la medición (lo más posible). La medición de base debe realizarse sin presencia de personas y con el ambiente preparado del mismo modo en que habitualmente se desarrollan las clases o el trabajo. Con la puerta y ventanas en una posición fija (si se utilizan habitualmente, con el aire acondicionado o calefacción encendida).
- ✓ Si es posible, evitar realizar la medición cuando las condiciones del viento sean atípicas (si es que la puerta o alguna de las ventanas da al aire libre).
- ✓ Encender y, si corresponde, aguardar el tiempo de precalentamiento. El medidor demora en estabilizarse, por lo que es aconsejable no prenderlo y apagarlo entre mediciones.
- ✓ Al comenzar la medición, el valor de CO<sub>2</sub> puede oscilar entre +/- 50 ppm durante dos minutos. Si se observa un cambio de la concentración de CO<sub>2</sub> mayor a las 50ppm, que es la resolución del medidor, significa que el valor está cambiando y que se debe esperar a su estabilización.
- ✓ Registrar el valor de CO<sub>2</sub> de la medición inicial (previa al ingreso de personal al aula). Este es el valor de base contra el cual se deberán comparar los valores que se registren durante el transcurso de la clase.
- ✓ Monitorear y registrar el valor del CO<sub>2</sub> durante distintos momentos de la clase o jornada de trabajo (por ejemplo, en las escuelas, a la mitad de la jornada antes del recreo y al finalizar la jornada)

Se debe realizar la medición una vez por semana durante dos semanas consecutivas, en cada turno de trabajo o clase en caso de una escuela.

Se pueden realizar todas las mediciones adicionales que se consideren necesarias (mayor cantidad de personas en el grupo, realización de actividades de intensidad diferente, etc.).

### ¿Qué hacer si la medición arroja valores mayores de 400ppm por encima del valor base?

Se deben poner en marcha acciones correctivas considerando las posibilidades de ventilación del ambiente.

1. Abrir las puertas y ventanas tanto como sea posible. Si hay varias ventanas es mejor abrir un poco que abrir bien solo una.
2. Si luego de aplicar medidas correctivas a través de la ventilación natural, se realiza una nueva medición sin resultados satisfactorios, se pueden instrumentar alternativas simples de ventilación mecánica, como colocar un ventilador en puertas o ventanas con el flujo de aire en dirección al exterior.
3. En el caso de que las puertas y ventanas del aula u oficina den a un pasillo interior con poca circulación de aire o a un patio interno cerrado en los que las mediciones estén por encima del límite, se deben cerrar estas aberturas lo máximo posible, dejando solo una pequeña apertura. A la vez, hay que abrir lo más posible las puertas o ventanas que den al aire libre exterior o a otros espacios interiores bien ventilados, pudiendo utilizar ventiladores que apunten hacia allí, de modo que ayuden a la renovación del aire.
4. Un resultado satisfactorio en la medición de CO<sub>2</sub> en un aula u oficina implica que se puedan relajar otras medidas de prevención de riesgo, como el distanciamiento social o el uso correcto y constante de mascarillas. Como se mencionó, las medidas de cuidado implican estrategias de reducción de riesgo que atacan diferentes formas de posible contagio y por tanto, son complementarias.
5. Si no se puede mantener el nivel de CO<sub>2</sub> lo suficientemente bajo mientras las personas se encuentren térmicamente cómodas, se deberían evaluar otras alternativas como reducir el tiempo de duración del bloque de clases.
6. En el caso de que las mediciones determinen que ninguna de las acciones correctivas ha resultado efectiva, se requerirá un espacio alternativo para la continuidad de las clases presenciales o limitar el número de personas que utilizan el aula (ampliando el distanciamiento físico).
7. Existen técnicas de limpieza del aire, como filtración, que si bien eliminan los aerosoles no cambian la concentración de CO<sub>2</sub> en el ambiente. Por esta razón, en los espacios donde se filtra el aire se puede tolerar un nivel más alto de variación de CO<sub>2</sub> (alrededor de 200ppm adicionales). Dado que el filtrado complementa a la ventilación, pero no la reemplaza, siempre es más recomendable ventilar que filtrar.

La ventilación es una medida complementaria de prevención y es efectiva si además se mantienen las otras medidas de cuidado como mascarillas y distanciamiento y tiempo de permanencia en el ambiente.

■ ANEXO 11 ESPECIFICACIONES DE LAS MASCARILLAS Y RESPIRADORES

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA ADQUISICIÓN DE MASCARILLAS Y  
PROTECTORES RESPIRATORIOS**

**1. MASCARILLA DESCARTABLE QUIRÚRGICA 3 PLIEGUES PARA EL PERSONAL DE BAJO RIESGO Y PERSONAL DE SALUD**

El bien a adquirir deberá tener las siguientes características:

- **Presentación:**  
Mascarilla de Protección de Partículas del ambiente y aerosoles, forro con material agradable a la piel (no debe provocar irritación ni cualquier otro efecto adverso para la salud), clip nasal ajustable, 3 pliegues, ultra liviano y ergonómico, 17.5 x 9.5 cm (+/- 0.5cm).
- **Material:**  
Las láminas externas e internas están desarrolladas de tela no tejida de polipropileno, la lámina filtrante esta desarrollada con microfibras fundidas de polipropileno tratadas electrostáticamente para mayor filtración. Bandas elásticas y clip nasal.
- **Normatividad:**  
Se debe cumplir con las siguientes normas técnicas:
  - NTP 329.200:2020 Norma Técnica Peruana "Materiales Médicos. Requisitos y métodos de ensayo".
  - RM N° 39-2020 MINSA Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-CoV.
  - Ley N° 26842 Ley General de Salud y sus modificaciones.
  - OSHA (29 CFR 1910134) Norma de Protección respiratoria.
  - RM N° 248-2020-MINSA Recomendaciones para el uso apropiado de mascarillas y respiradores por el personal de salud en el contexto del Covid-19.
- **Tipos de Mascarillas Quirúrgicas Normadas:**  
La norma técnica peruana 329.200:2020 describe principalmente dos tipos de mascarillas quirúrgicas que proporcionan diferentes niveles de protección y eficacia contra microorganismos, y se debe aplicar a los trabajadores en función del nivel de riesgo al que están expuestos.
  - a. **Mascarillas para público general:**  
Es recomendable del tipo I, su uso en la población en el caso de epidemias o pandemias, siempre en cuando cumplan con todas las características de diseño, fabricación y eficacia de filtración bacteriana, según la norma, con la finalidad de cuidar nuestra salud y la de los demás.
  - b. **Mascarillas para personal de salud:**  
Destinadas para uso de los profesionales de salud en un quirófano u otro entorno médico, con requisitos similares y se subdivide a su vez en Tipo II y Tipo IIR dependiendo de su resistencia o no a las salpicaduras.

▪ Tabla 1 – Requisitos de desempeño de las mascarillas quirúrgicas:

| REQUISITO                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TIPO I°      | TIPO II      | TIPO IIR |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|----------|
| Eficacia de filtración bacteriana (BFE), (%)                                                                                                                                                                                                                                                           | >= 95        | >= 98        | >= 98    |
| Presión Diferencial o respirabilidad (Pa/cm2)                                                                                                                                                                                                                                                          | < 40         | < 40         | < 60     |
| Presión de resistencia a las salpicaduras (kPa)                                                                                                                                                                                                                                                        | No requerido | No requerido | >= 16,0  |
| Carga Biológica (limpieza microbiana) (ufc/g)                                                                                                                                                                                                                                                          | < = 30       | < = 30       | < = 30   |
| Las mascarillas de tipo I se deberían utilizar solamente para pacientes y otras personas para reducir el riesgo de propagación de infecciones, particularmente en situaciones epidémicas o pandémicas. Las mascarillas de tipo I no están previstas para ser utilizadas por profesionales de la salud. |              |              |          |

\*Fuente: NTP 329.200:2020 – Página 8

## 2. RESPIRADOR DE PROTECCIÓN (N95, FFP2 O EQUIVALENTES)

Los respiradores de partículas para uso en personal de salud deben cumplir con las siguientes especificaciones:

- Con certificación y/o número de autorización, que cumple con los estándares de desempeño (por ejemplo: NIOSH N95, EN 149 FFP2 o equivalente), información que debe estar rotulada en el respirador.
- Alta eficiencia de filtración.
- Buena transpirabilidad.
- El ajuste facial o ajuste hermético al rostro.
- Mínimo 04 capas de filtro.
- Resistencia a fluidos.
- Clip nasal maleable, fácilmente ajustable a voluntad del usuario.
- Con cintas ajustable a la cabeza o cintas ajustables en las orejas.
- No presencia de válvula.
- Que mantenga su memoria de forma.

En el siguiente cuadro se describen ejemplos de respiradores aprobados bajo estándares utilizados en otros países que son equivalentes a los respiradores N95 aprobados por NIOSH.

| Clasificación                                      | Jurisdicción              | Estándar de Desempeño      |
|----------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| P2, P3                                             | Australia / Nueva Zelanda | AS / NZS 1716: 2012        |
| PFF2, PFF3                                         | Brasil                    | ABNT / NBR 13698: 2011     |
| KN95, KP95, KN100, KP100                           | China                     | GB2626-2006<br>GB2626-2019 |
| Corea 1era. Clase                                  | Corea                     | KMOEL-2017-64              |
| DS / DL2, DS / DL3                                 | Japón                     | JMHLW-2000                 |
| FFP2, FFP3                                         | Europa                    | EN 149-2001                |
| N95, P95, R95<br>N99, P99, R99<br>N100, P100, R100 | México                    | NOM-116-2009               |

\*Fuente: RM 248-2020 MINSA – Página 5

■ ANEXO 12. CARTEL INFORMATIVO DE LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS



## ¿CÓMO **LAVARSE** LAS MANOS?

**¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica**

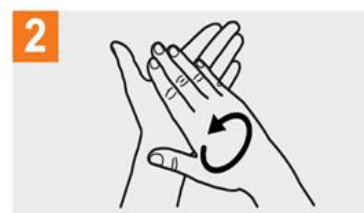
 **Duración de todo el procedimiento: Mínimo 20 SEGUNDOS**



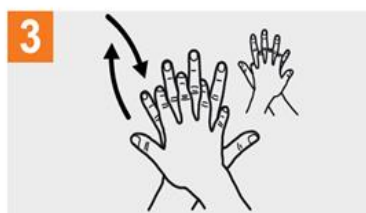
**0** Mójesse las manos con agua;



**1** Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



**2** Frótese las palmas de las manos entre sí;



**3** Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



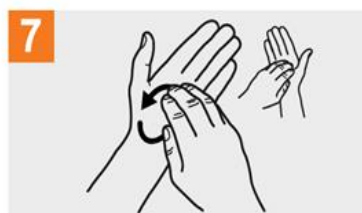
**4** Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



**5** Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



**6** Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



**7** Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



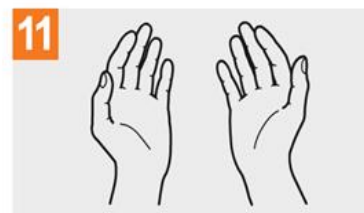
**8** Enjuáguese las manos con agua;



**9** Séquese con una toalla desechable;



**10** Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



**11** Sus manos son seguras.



## ¿CÓMO DESINFECTARSE LAS MANOS?

**¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias**



**1a** Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



**2** Frótese las palmas de las manos entre sí;



**3** Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



**4** Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



**5** Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



**6** Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;

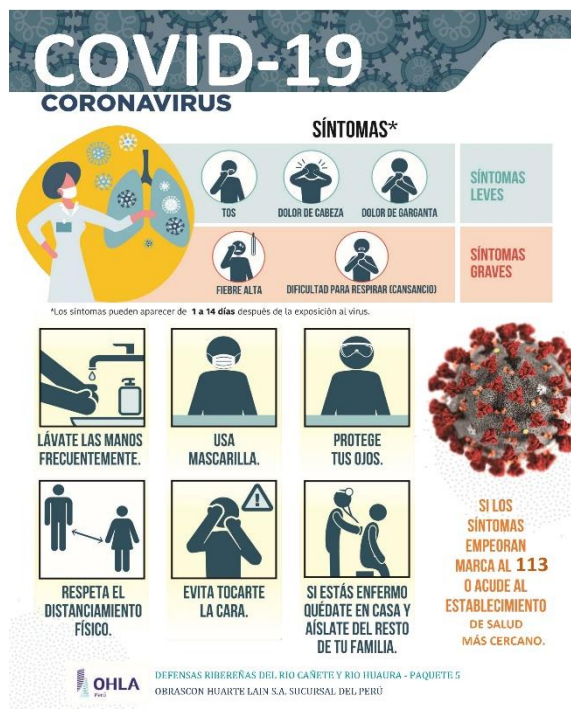


**7** Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



**8** Una vez secas, sus manos son seguras.

ANEXO 13. SEÑALÉTICA PARA LAS INSTALACIONES DEL PROYECTO





## Uso **seguro** de la **mascarilla**



+ **Lávate las manos** antes de ponértela.



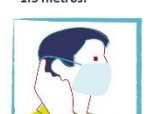
+ **El uso de la mascarilla es obligatorio en todo momento.** Recuerda además guardar la distancia de seguridad de **1.5 metros**.



+ Durante todo el tiempo, la mascarilla debe cubrir la boca, nariz y barbilla.



+ **Evita tocar la mascarilla** mientras la lleves puesta.



+ **Para quitarte la mascarilla, hazlo por la parte de atrás, sin tocar la parte frontal.**



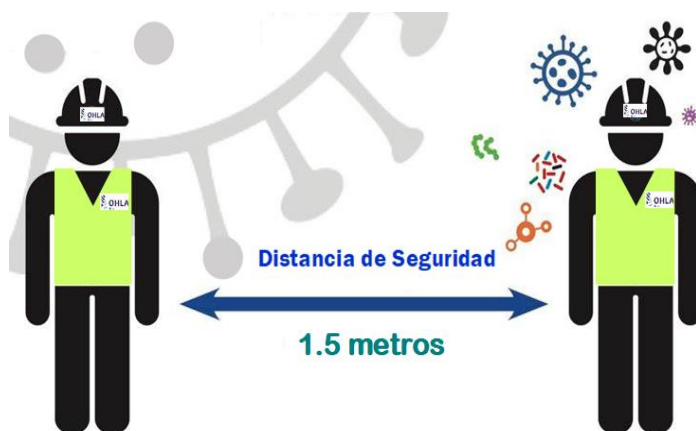
+ **Desecha la mascarilla,** después de su uso en los tachos rojos indicados para ello.

**Gracias por tu colaboración**  
**Por la seguridad y salud de tod@s**

Proyecto: "Defensas ribereñas del río Cañete y río Huaura - Paquete 5"



DEFENSAS RIBEREÑAS DEL RÍO CAÑETE Y RÍO HUARA - PAQUETE 5  
OBRASCON HUARTE LAIN S.A. SUCURSAL DEL PERÚ



## ANEXO 14. TRIPTICO PARA LA DIFUSIÓN DEL PLAN COVID-19

### E. MEDIDAS PARA REALIZAR EL TAMIZAJE DE LOS TRABAJADORES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA

De acuerdo a la Ley 31246, se realizarán pruebas de descartar de Covid-19 a todos los trabajadores de OHLA:

- Pruebas de Antígeno: a todos cada 30 días. \*
- Prueba Molecular (PCR): semanalmente a 5 trabajadores con sospecha y/o de manera aleatoria: 1 persona por área de trabajo. \*



\*No aplica en aquellos recuperados o vacunados de covid-19 <2 meses para prueba de antígenos y <3 meses para prueba PCR.

### F. MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Se entregará a todos los trabajadores, mascarillas y elementos para la desinfección de insumos para el lugar de trabajo, entregando los EPP COVID19:

- Respirador TIPO KN 95 o similar.
- Mascarillas quirúrgicas de tipo I: riesgo bajo.
- Respirador N95 o FFP2, mascarilla tipo II o II-R para área de salud.
- Dispensador personal de alcohol desinfectante al 70% o alcohol gel.



Puedes encontrar el documento completo del Plan Covid-19 en el SharePoint de OHLA, siguiendo los siguientes pasos:

- Ingresa al Share Point: **PERÚ**
- Ubica la carpeta: **1PE324 - RÍOS CAÑETE Y HUAURA**
- Dale Click a la Carpeta: **SSOMAC**
- Luego a la carpeta: **SST**
- Ahora a la carpeta: **PLANES**
- Y encuentra el Plan covid-19 con la siguiente codificación: **CO-PE-1PE324-SS-PN-002**

Recibido por: .....

Firma: .....

Fecha y hora: .....



### PLAN COVID-19



Material divulgativo del "Plan para la Vigilancia, Prevención y Control del Covid-19 en el Trabajo" para el personal del proyecto: "Defensas ribereñas del río Cañete y río Huaura - Paquete 5"

### 1. OBJETIVOS DEL PLAN

Implementar acciones preventivas de acuerdo con la normativa vigente y adoptar lineamientos y medidas basadas en principios epidemiológicos para reducir el incremento de contagios por COVID-19 para el retorno laboral.

### 2. ALCANCE

El alcance es para todos los trabajadores, visitas, proveedores y empresas subcontratistas de OHLA que desarrollen actividades dentro del Proyecto Defensa Ribereña del Río Cañete y Río Huaura - Paquete 5.

### 3. NIVEL DE RIESGO DE LOS TRABAJADORES:

**Muy Alto:** Trabajos en contacto directo con casos de COVID-19 (Personal de salud de áreas covid19).

**Alto:** Trabajo con riesgo potencial de exposición a fuentes conocidas o sospechosas de Covid-19.

**Medio:** Trabajos contacto frecuente o cercano <2m. de distancia con personas que podrían estar infectadas con COVID-19, (personal de atención al cliente).

**Bajo:** Trabajos que no requieren contacto con personas que se conoce o se sospecha que tengan COVID-19 y pueden mantener distancia de 2 metros con el público en general (personal administrativo).

| Riesgo de Exposición a Sars-Cov-2 | Contacto con público en general |                     | Contacto con compañeros de trabajo y/o clientes |           | Contacto con Personas con sospecha o confirmación de COVID-19 |                    |                                           |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
|                                   | Frecuencia                      | Distancia           | Frecuencia                                      | Distancia | Sospecha                                                      | Atención indirecta | Atención directa (Generador de aerosoles) |
| Riesgo Bajo                       | Contacto > 2 metros             | No es frecuente     | Contacto < 2 metros                             | NO        | NO                                                            | NO                 | NO                                        |
| Riesgo Moderado                   | Contacto frecuente              | Contacto < 2 metros | NO                                              | NO        | NO                                                            | NO                 | NO                                        |
| Riesgo Alto                       | -                               | -                   | SI                                              | SI        | SI                                                            | SI                 | NO                                        |
| Riesgo Muy Alto                   | -                               | -                   | SI                                              | SI        | SI                                                            | SI                 | SI                                        |

### 4.- PROCEDIMIENTOS DE PREVENCIÓN DEL COVID-19

#### A. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO

- ✓ Limpieza periódica: antes de iniciar labores, a la hora del almuerzo (13:00-14:00) y al finalizar el turno de trabajo.
- ✓ Se realiza con solución clorada en suelos y superficies.



#### B. IDENTIFICACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PREVIO AL INGRESO AL CENTRO DE TRABAJO

- ✓ Todo trabajador nuevo y que retorna a labores deberá:
- ✓ Aplicar la ficha de sintomatología de Covid-19.
- ✓ Ser evaluado por el personal de salud (control de temperatura y pulsioximetría).
- ✓ Enviar su carnet de vacunación digital (deberá contar con las 2 dosis de vacuna contra el Covid-19), en caso de no contar con ello, enviar su resultado negativo de covid-19 con prueba de antígeno o PCR hasta 72 horas previo a su ingreso.
- ✓ Periodicidad de pruebas: 1 mes en trabajadores de riesgo medio.



#### C. IDENTIFICACIÓN DE CASO SOSPECHOSO

De identificarse algún personal con sintomatología de Covid-19 se realizará el siguiente procedimiento:

- ✓ Aplicación de la Ficha epidemiológica COVID-19.
- ✓ Aplicación de Prueba de antígeno o Molecular.
- ✓ Identificación de contactos en domicilio.
- ✓ Identificación de personal cercano en el centro de trabajo.
- ✓ Seguimiento clínico diariamente por salud ocupacional.



### D. LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS OBLIGATORIO

Todos los trabajadores deben:

- ✓ Lavarse las manos antes de iniciar sus labores con agua y jabón por al menos 20 segundos.
- ✓ Limpieza de manos al ingreso y al menos cada 2 horas con alcohol en gel, para ello se ubican puntos de desinfección.



### E. SENSIBILIZACIÓN DEL CONTAGIO

A través del desarrollo de:

- ✓ Capacitaciones de covid-19
- ✓ Paneles informativos (afiches, boletines, trípticos)
- ✓ Buzón de sugerencias



### F. MEDIDAS PREVENTIVAS DE APLICACIÓN COLECTIVA

- ✓ Ventilación natural de las áreas o uso aire acondicionado en modo Inyector-extractor del aire natural del exterior.
- ✓ Distancia de seguridad 1.50 metros.
- ✓ Respetar el aforo en zonas de uso común.
- ✓ Reuniones preferentemente serán virtuales.
- ✓ Puntos de eliminación de mascarillas: tacho rojo.
- ✓ Se evitará aglomeraciones.
- ✓ Distribución de los puestos de trabajo de acuerdo a la distancia de seguridad: 1.50 metros.
- ✓ Se asignará turnos para el almuerzo. No se puede almorzar en el puesto de trabajo, distancia comedor 2 metros.



## ANEXO 15: DECLARACION JURADA SINTOMATOLOGICA COVID-19



| Declaración Jurada sintomatológica de COVID-19 OHLA                                                                                                                                                                                          |      |                      |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------|-------|
| He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad. También he sido informado que de omitir o falsear información estaré perjudicando la salud de mis compañeros, lo cual es una falta grave. |      |                      |       |
| Apellidos y Nombre:                                                                                                                                                                                                                          |      | Fecha:               |       |
| Área de trabajo:                                                                                                                                                                                                                             | DNI: | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                   |      | Número (celular):    |       |

La información proporcionada en este cuestionario, será custodiada por el área de salud ocupacional de OHLA el cual es necesario saber si usted se encuentra en buen estado de salud para visitar las obras que tiene la empresa a nivel nacional.

### A. Síntomas de COVID-19:

En los últimos 14 días usted ha presentado:

| Síntomas                       | Si | No | Síntomas                      | Si | No |
|--------------------------------|----|----|-------------------------------|----|----|
| Sensación de alza térmica      |    |    | Perdida del Olfato            |    |    |
| Fiebre                         |    |    | Perdida del Gusto             |    |    |
| Tos                            |    |    | Dolor abdominal               |    |    |
| Estornudos                     |    |    | Náuseas                       |    |    |
| Dificulta para respirar        |    |    | Diarrea                       |    |    |
| Congestión Nasal               |    |    | Dolor en el pecho             |    |    |
| Secreción Nasal                |    |    | Desorientación o confusión    |    |    |
| Expectoración ó Flema Amarilla |    |    | Coloración azul en los labios |    |    |
| Expectoración ó Flema Verdosa. |    |    | Malestar General              |    |    |

### B. Contactos con personas con diagnóstico de COVID-19 o Lugares con riesgo alto de contagio de COVID-19

|                                                                                                   | Si | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Ha tenido contacto con personas casos sospechosos o confirmados de COVID-19.                      |    |    |
| Si la respuesta es Si; indicar la relación o parentesco con la persona diagnosticada con COVID-19 |    |    |
| Ha viajado al exterior                                                                            |    |    |
| Ha visitado un establecimiento de salud                                                           |    |    |

### C. Antecedentes Personales:

Factor de riesgo para Covid-19:

- Se requiere saber si usted se encuentra dentro del Grupo Vulnerable para el contagio de COVID-19.

| Factores de Riesgo para COVID-19  | Si | No | Factores de Riesgo para COVID-19                              | Si | No |
|-----------------------------------|----|----|---------------------------------------------------------------|----|----|
| Edad mayor de 65 años             |    |    | Obesidad con IMC mayor de 40.                                 |    |    |
| Hipertensión Arterial refractaria |    |    | Asma Moderada o grave                                         |    |    |
| Enfermedad Cardiovascular Grave   |    |    | Enfermedad Pulmonar Crónica                                   |    |    |
| Cáncer                            |    |    | Insuficiencia renal Crónica o en tratamiento con hemodiálisis |    |    |
| Gestante                          |    |    |                                                               |    |    |
| Diabetes Mellitus                 |    |    | Enfermedad o tratamiento inmunosupresor.                      |    |    |

- Vacunación contra COVID-19

| N° Dosis        | Fecha | Tipo de Vacuna |
|-----------------|-------|----------------|
| 1               |       |                |
| 2               |       |                |
| Dosis Adicional |       |                |

### D. Medidas de Prevención para COVID-19 durante el traslado a los proyectos.

| Vehículo Terrestre (Interprovincial, particular OHLA)                 | Si | No | Terrestre Aéreo                                                      | Si | No |
|-----------------------------------------------------------------------|----|----|----------------------------------------------------------------------|----|----|
| Ha mantenido su distanciamiento                                       |    |    | Mantenido su distanciamiento                                         |    |    |
| Ha viajado con su doble mascarilla                                    |    |    | Uso permanente de mascarilla                                         |    |    |
| Se ha trasladado con las ventanas abiertas.                           |    |    | Uso permanente de careta Facial                                      |    |    |
| Uso de alcohol en gel o alcohol al 70% para la desinfección de manos  |    |    | Uso de alcohol en gel o alcohol al 70% para la desinfección de manos |    |    |
| Se ha respetado el aforo                                              |    |    |                                                                      |    |    |
| El chofer mantuvo todas las medidas de prevención durante el traslado |    |    |                                                                      |    |    |

FIRMA DEL COLABORADOR

ANEXO 16: REGISTRO DE ENTREGA EPPS

| REGISTRO DE ENTREGA DE EPPs PARA COVID-19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |                                                           |                              |                       | OHLA<br>Progress Enablers |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------------|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| Razón social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | RUC:                                                   | Domicilio (Dirección, distrito, departamento, provincia): | Tipo de actividad económica: | N° de Trabajadores    |                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| Nombres y Apellidos : _____ DNI : _____<br>Puesto Laboral : _____ Riesgo de Exposición para COVID-19 : _____<br>Empresa Contratista : _____ Fecha : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| Tipo de EPPs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Tiempo de Recambios de acuerdo al riesgo de exposición | Frecuencia de Cambios                                     |                              |                       |                           |  |
| KN95                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ALTO                                                   | Cada 3 días                                               |                              |                       |                           |  |
| N95                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | MODERADO                                               | cada 5 días                                               |                              |                       |                           |  |
| Mascarilla Quirúrgica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | BAJO                                                   | Cada 3 días                                               |                              |                       |                           |  |
| <b>COMPROMISO</b><br>Reconociendo que he sido informado de los trabajos y zonas donde debiera de utilizarlos así como de haber recibido las instrucciones y capacitación necesaria para su correcta utilización aceptando el compromiso de:<br>- Utilizar el equipo de protección personal para COVID-19 siempre y cuando se acceda a zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.<br>- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización ; así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.<br>- Informar en caso de pérdida o deterioro y solicitar la reposición de inmediato. |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| _____<br>Firma<br>DNI/CE : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NOMBRE DE EPPs                                         | FECHA DE ENTREGA                                          | FECHA DE REPOSICIÓN          | NÚMERO DE MASCARILLAS | FIRMA                     |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        |                                                           |                              |                       |                           |  |

- ANEXO 17: CERTIFICADO DE OPERATIVIDAD DE ACONDICIONADO TIPO VENTANA, PM01 Y PM02.



### CERTIFICADOS DE OPERATIVIDAD

Se expide el siguiente Certificado a:

**OBRASCÓN HUARTE LAIN, S.A. SUC. DEL PERU**

**RUC: 20425123115**

**AV. 28 DE JULIO N° 150 DPTO 7MO URB. MIRAFLORES**

**MIRAFLORES - LIMA - LIMA - PERU**

Por la presente dejamos constancia que nuestra empresa PRECOR S.A., ha realizado la INSTALACION DE 34 UNIDADES DE EQUIPOS DE AIRE ACONDICIONADO TIPO VENTANA, para los cual detallamos:

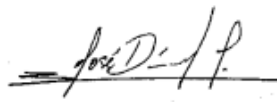
**El sistema de aire acondicionado** comprende lo siguiente:

1. Suministro e instalación de 34 unidades de equipo de Aire Acondicionado marca Cold Point modelo TCW-12P - tipo ventana de 12,000 BTU's de 220V / monofásico para los campamentos PM01 y PM02 de la cuenca de Huaura del proyecto Defensas Ribereñas.

Habiéndose efectuado las regulaciones y pruebas de funcionamiento, certificamos que el sistema se encuentra en correctas condiciones de operación en todos sus componentes (equipo y controles remotos).

**Fecha de término de trabajo:** 10 de junio del 2022

**Fecha de emisión de Certificado de Operatividad:** 08 de julio del 2022



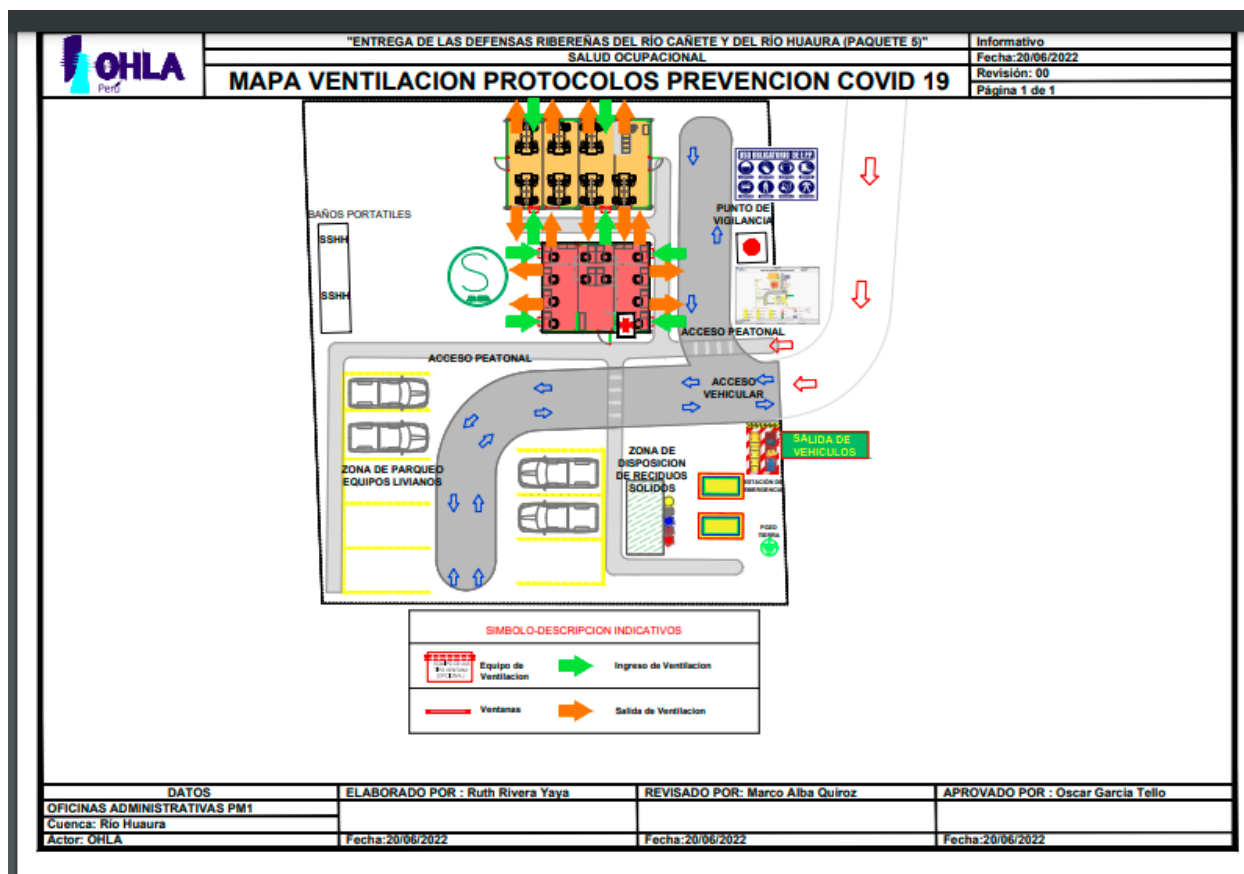
**Jose Manuel Davila Torres**

Supervisor de Operaciones Precor – Cuenca Huaura.

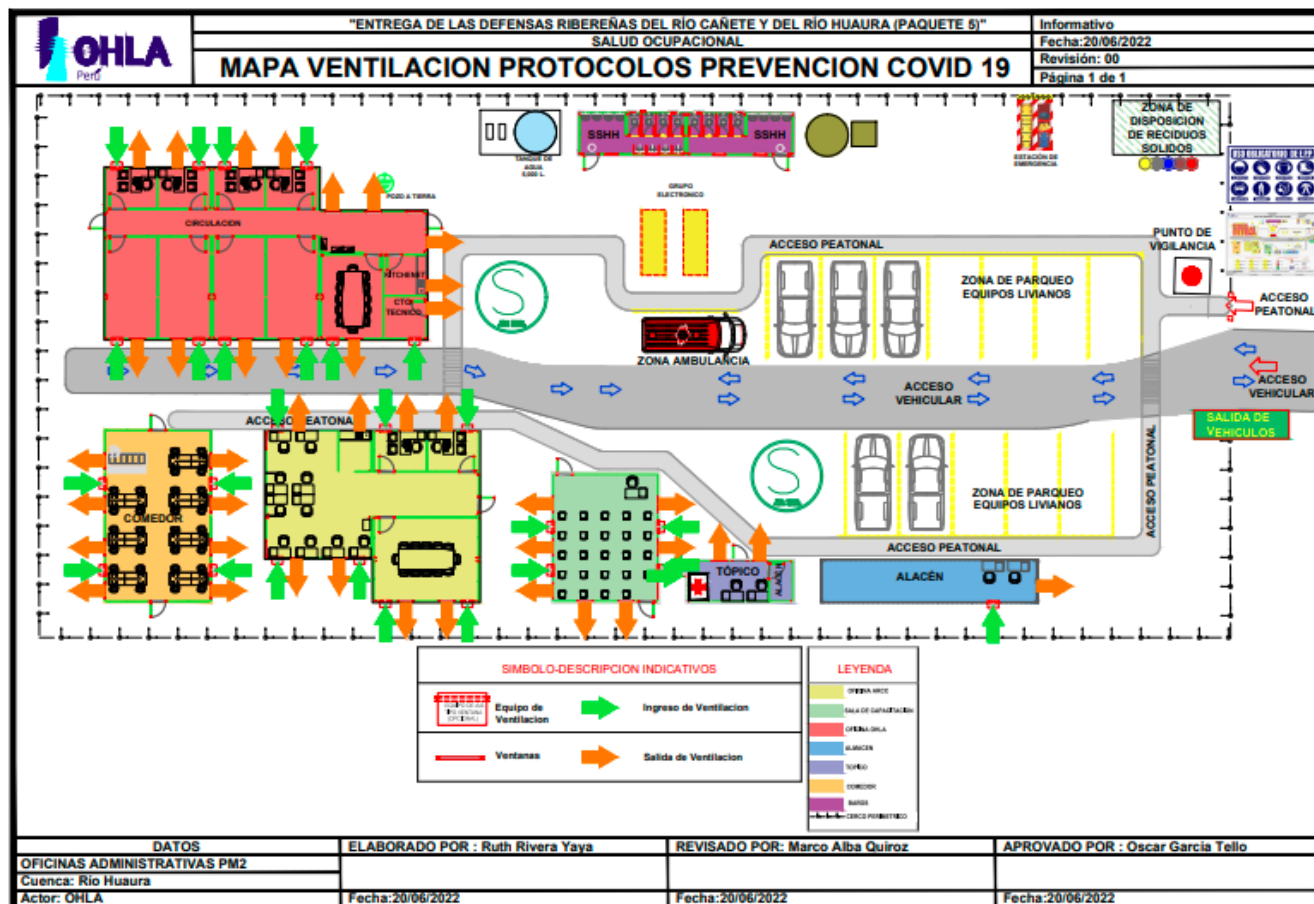
Proyecto: Defensas Ribereñas

ANEXO 18: ESQUEMA DE VENTILACION

CAMPAMENTO PM01: MAPA DE VENTILACION PROTOCOLOS PREVENCIÓN COVID - 19

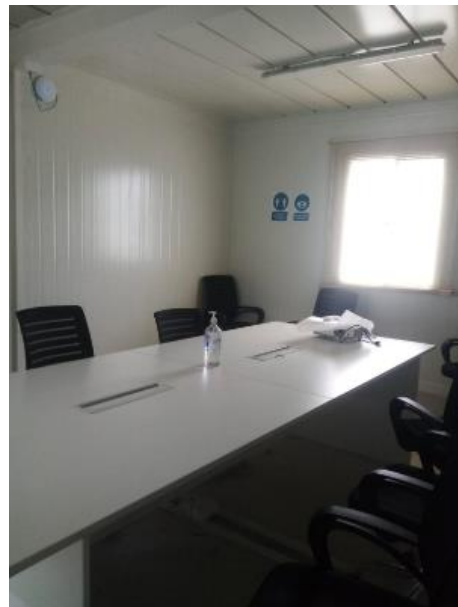


CAMPAMENTO PM02 : MAPA VENTILACION PROTOCOLOS PREVENCIÓN COVID- 19



- ANEXO 19: OFICINAS

- Sala de reunión



- Oficinas PM01 y PM02



■ ANEXO 20. COMEDOR



- ANEXO 21: FICHA EPIDEMIOLOGICA DE SEGUIMIENTO DIARIO DE PERSONAL SOSPECHOSO O CONFIRMADO POR COVID-19



### Formato de Ficha de Seguimiento Sintomatológica COVID-19

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
AREA DE TRABAJO \_\_\_\_\_ DNI/CE: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CELULAR \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ Avenida 28 de julio 150 -Miraflores.

Usted el día de hoy se encuentra con alguno de los siguientes síntomas:

|                              | SI | NO |
|------------------------------|----|----|
| 1. Sensación de Alza Térmica |    |    |
| 2. Fiebre                    |    |    |
| 3. Malestar General          |    |    |
| 4. Dolor de Garganta.        |    |    |
| 5. Tos                       |    |    |
| 6. Estornudos                |    |    |
| 7. Dificultad para Respirar  |    |    |
| 8. Dolor de cabeza           |    |    |
| 9. Diarrea                   |    |    |
| 10. Congestión Nasal         |    |    |
| 11. Perdida del Gusto        |    |    |
| 12. Perdida del Olfato       |    |    |
| 13. Saturación               |    |    |
| 14. Temperatura              |    |    |



He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y he respondido con la verdad.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Trabajador**

ANEXO 22: REGISTRO DE CONTROL DE TEMPERATURA Y PULSIOXIMETRÍA

CO-1PE324-55-PN-002- ANEXO 04 REGISTRO DE CONTROL DE TEMPERATURA Y PULSIOXIMETRÍA

| DATOS DEL EMPLEADOR                                      |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|--------|-----------------------------------|---------------------------|---------------|
| Razón Social                                             | RUC                                                 | Domicilio (Dirección, distrito, departamento, provincia) | Tipo de Actividad Económica | N° de Trabajadores en el Centro Laboral |        |                                   |                           |               |
| Obrascon Huarte Lain S.A. Suc del Perú                   | 20405123115                                         | Au. 28 de Julio, N° 150, Miraflores - Lima               | Construcción                |                                         |        |                                   |                           |               |
| FECHA                                                    | LUGAR DE CONTROL DE LA TEMPERATURA Y PULSIOXIMETRÍA |                                                          |                             | TURNO DE TRABAJO                        |        |                                   |                           |               |
|                                                          |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| TIPO DE MEDICIÓN (MARCAR X)                              |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| Ingreso                                                  |                                                     | Salida                                                   |                             | Otros (Especificar)                     |        |                                   |                           |               |
|                                                          |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| RESPONSABLE DE CONTROLAR LA TEMPERATURA Y PULSIOXIMETRÍA |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| MÉDICO OCUPACIONAL                                       |                                                     | ENFERMERO OCUPACIONAL                                    |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
|                                                          |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| RELACIÓN DE TRABAJADORES                                 |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| N°                                                       | APELLIDOS Y NOMBRES                                 | N° DNI/C.E.                                              | ÁREA/CARGO                  | EMPRESA                                 | T (°C) | FRECUENCIA CARDÍACA (lat. x min.) | SATURACIÓN DE OXÍGENO (%) | OBSERVACIONES |
| 1                                                        |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 2                                                        |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 3                                                        |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 4                                                        |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 5                                                        |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 6                                                        |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 7                                                        |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 8                                                        |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 9                                                        |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 10                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 11                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 12                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 13                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 14                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 15                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 16                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 17                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 18                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 19                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
| 20                                                       |                                                     |                                                          |                             |                                         |        |                                   |                           |               |
|                                                          |                                                     |                                                          | Carga:                      | Fecha:                                  | Firma: |                                   |                           |               |

NOTA: Se basa a RM 087-2020-MVCS

- ANEXO 23. ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SCSST DEL PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA COVID – 19 (REV.06)

SGI-PL-21 Acta de Reunión (SG-PG-06)



|                      |                                                             |         |            |
|----------------------|-------------------------------------------------------------|---------|------------|
| Centro de trabajo:   | Oficina Central Obrascón Huarte Lain S.A. Sucursal del Perú | Código: | 1PE324     |
| Lugar de la reunión: | Sala de Reuniones OHLA –Patio de Máquinas 02 - Sayán        | Fecha:  | 17.01.2023 |

| CONVOCADOS               |                                 |                    |       |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------|-------|
| NOMBRE Y APELLIDOS       | DEPARTAMENTO-EMPRESA            | ASISTENCIA (SI/NO) | FIRMA |
| MIGUEL ROMERO TORRES     | RRHH<br>(REP. EMPLEADOR)        | SI                 |       |
| MARCO ALBA QUIROZ        | SSOMA<br>(REP. EMPLEADOR)       | SI                 |       |
| JOSÉ BALLARTE MORENO     | PRODUCCION<br>(REP. EMPLEADOR)  | NO                 |       |
| PERCY CÁRDENAS ARREDONDO | RC<br>(REP. EMPLEADOR)          | NO                 |       |
| YOSHIO BLANCO VALENZUELA | PRODUCCION<br>(REP. TRABAJADOR) | SI                 |       |
| CARLOS CARRASCO QUISPE   | TOPOGRAFIA<br>(REP. TRABAJADOR) | SI                 |       |
| RONY OTOYA VALDEZ        | CADISTA<br>(REP. TRABAJADOR)    | NO                 |       |
| DAVID RAMOS EGUSQUIZA    | SSOMA<br>(REP. TRABAJADOR)      | NO                 |       |

SGI-PL-21 Acta de Reunión (SG-PG-06)



ORDEN DEL DIA (MOTIVO DE LA REUNIÓN)

1. Se desarrolla la reunión extraordinaria, para la Revisión y Aprobación del Plan para la Vigilancia, Prevención y Control de la COVID 19 y sus modificaciones D.A 339-MINSA /2023 ingreso de clasificación de personales de acuerdo a riesgo de exposición en el Trabajo - CO-PE-1PE324-SS-PN-002-HU- Revisión 06.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN (TEMAS TRATADOS)

- Se realiza la presentación al SCSST, los cambios realizados al Plan para la Vigilancia, Prevención y Control de la COVID 19 y sus modificaciones D.A 339-MINSA /2023 ingreso de clasificación de personales de acuerdo a riesgo de exposición en el Trabajo – Huaura (revisión 06), con la finalidad de cumplir con la Normativa Vigente en materia de Seguridad y Salud Ocupacional y así mejorar nuestro desempeño y cultura de seguridad.

ASUNTOS PENDIENTES

| ASUNTO:                                       | RESPONSABLE | SITUACIÓN |
|-----------------------------------------------|-------------|-----------|
| No se tuvieron acuerdos adoptados anteriores. | ---         | ---       |

ACUERDOS ADOPTADOS

| ACUERDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | RESPONSABLE | PLAZO      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|
| El Plan para la Vigilancia, Prevención y Control de la COVID 19 y sus modificaciones D.A 339-MINSA /2023 ingreso de clasificación de personales de acuerdo a riesgo de exposición en el Trabajo – Huaura. CO-PE-1PE324-SS-PN-002-HU (Rev. 06), mostrados en la reunión fueron revisados y aprobados por el SCSST. | SCSST       | 17/01/2023 |

PRÓXIMA REUNIÓN

| FECHA: | HORA: | LUGAR: |
|--------|-------|--------|
| ---    | ---   | ---    |

## ■ ANEXO 24. FLUJO DE REPORTE DE SINTOMAS DE SALUD



ANEXO 25. NOMINA DE TRABAJADORES POR NIVEL DE RIESGO A EXPOSICION A  
LA COVID-1

| <div><div><div><div></div><div>OHLA</div><div>Perú</div></div></div><div>Nómina del trabajadores por Nivel de Riesgo a Exposicion COVID-19</div></div>                                                                                                                                                                                                                   |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | CO-PE-1PE324-SS-PN-002-Anexo 01<br>Revisión: 00                                                                 |        |         |      |                                                     |                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|---------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|--|
| Centro de trabajo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                  |                     | Defensa Ribereña del Río Cañete y Río Huaura - Paquete 5 |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Código:                                                                                                         | 1PE324 |         |      | Fecha de actualización:                             | 13/01/2023                       |  |
| N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES             | DNI                                                      | CORREO ELECTRÓNICO              | TELÉFONO  | MODALIDAD DE TRABAJO<br>(Presencial/ Teletrabajo/ Trabajo Remoto) | FACTOR DE RIESGO SEGÚN<br>COMORBILIDAD<br>(Sólo colocar SI o NO) | PUESTO DE TRABAJO                            | NIVEL DE RIESGO PARA COVID-19 (SI/NO)                                                                           |        |         |      | REINICIO DE ACTIVIDADES<br>(Regreso/Reincorporació) | FECHA DE REINICIO DE ACTIVIDADES |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | MUY ALTO                                                                                                        | ALTO   | MEDIANO | BAJO |                                                     |                                  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ALBA             | QUIROZ           | MARCO ANTONO        | 18022206                                                 | marcantonio.alba@ohla-peru.pe   | 966664190 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | JEFE DE SEGURIDAD                            |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RIVERA           | YAYA RAQUEL RUTH | 01                  | 75518571                                                 | raquel.rivera@ohla-peru.pe      | 957189309 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | ENFERMERO(A) OCUPACIONAL                     |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FERNANDEZ        | URTEAGA          | CARLOS ALBERTO      | 26693388                                                 | carlos.fernandezu@ohla-peru.pe  | 981867007 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | SUPERVISOR DE SEGURIDAD                      |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SERRANO          | GUEVARA          | DAVID               | 10196864                                                 | dserrano99@gmail.com            | 946878010 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | COORDINADOR MEDIO AMBIENTE                   |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RAMOS            | EGUSQUIZA        | DAVID GIANCARLO     | 40250434                                                 | david.ramos@ohla-peru.pe        | 987851036 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | SUPERVISOR DE MEDIO AMBIENTE                 |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | REATEGUI         | BORNARZ          | ERICK               | 45249545                                                 | erick.reategui@ohla-peru.pe     | 985006999 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | SUPERVISOR DE QC                             |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | URIBE            | RAMIREZ          | JUAN JOSE           | 42195725                                                 | juriberamirez@gmail.com         | 942784860 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | SUPERVISOR DE QC                             |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TIRADO           | LOPEZ            | EDUARDO ALEXANDER   | 41780003                                                 | eduardo.tirado@ohla-peru.pe     | 923487815 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | COORDINADOR DE CALIDAD                       |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ESPINOZA         | ALVAREZ          | LUIS ALBERTO        | 07622233                                                 | luis.espinoza@ohla-peru.pe      | 941105307 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | INGENIERO DE PLANEAMIENTO                    |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | BALLARTE         | MORENO           | JOSE VICTOR ALFREDO | 70321827                                                 | jballartem@ohla-peru.pe         | 961500939 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | INGENIERO DE PRODUCCION                      |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | BLANCO           | VALENZUELA       | YOSHIO JOSE         | 70392357                                                 | yoshio.blanco@ohla-peru.pe      | 944473993 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | ASISTENTE DE PRODUCCIÓN                      |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HILARI           | ARIAS            | CLAUDIO             | 44351488                                                 | claudio.hilari@ohla-peru.pe     | 950351129 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | CADISTA                                      |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MAYORGA          | GONZALES         | WILLIAM EUGENIO     | 41431491                                                 | william.mayorga@ohla-peru.pe    | 957612486 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | GERENTE DE CONSTRUCCIÓN                      |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | GABRIEL          | HUAMANI          | JUAN JOSE LUN       | 6803653                                                  | gabrielhuamani@gmail.com        | 942148513 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | SUPERVISOR DE SEGURIDAD                      |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SANCHEZ          | ARIZA            | ROSSILINK GREGORI   | 48004612                                                 | rossilinksanchez@gmail.com      | 914132253 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | TOPOGRAFO                                    |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CARRASCO         | QUISPE           | CARLOS ENRIQUE      | 45948205                                                 | carlosenriquecarrasco@gmail.com | 972439834 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | TOPOGRAFO                                    |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MARTINEZ         | CRUZ             | HOMERO SILVANI      | 46796125                                                 | homero.martinez@ohla-peru.pe    | 956810233 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | TOPOGRAFO                                    |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | YANQUI           | PUMA             | ALEXANDER JULIAN    | 42056468                                                 | alexander.yanqui@ohla-peru.pe   | 962616745 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | ASISTENTE DE ALMACEN                         |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DE LA CRUZ       | CARRILLO         | JORDAN              | 46846139                                                 | jdelacruz@ohla-peru.pe          | 989211362 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | ASISTENTE ADMINISTRATIVO                     |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ROMERO           | TORRES           | MIGUEL ANGEL        | 40912663                                                 | miguel.romero@ohla-peru.pe      | 978584989 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | JEFE DE PERSONAL                             |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | RAMIREZ          | VELAZCO          | GUSTAVO             | 09861924                                                 | gustavo.ramirez@ohla-peru.pe    | 991322674 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | ARQUEOLOGO                                   |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PAUCAR           | CELIS            | KATHERIN GRACE      | 71080277                                                 | katherin.paucar@ohla-peru.pe    | 918597034 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | ESPECIALISTA PREDIAL                         |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIÑO             | RODRIGUEZ        | DAVID FERNANDO      | 42990022                                                 | david.nino@ohla-peru.pe         | 987274591 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | ESPECIALISTA LEGAL DE AFECTACIONES PREDIALES |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FERRO            | BURGOS           | RAUL                | 70884797                                                 | raul.ferro@ohla-peru.pe         | 935564392 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | CADISTA                                      |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | GONZALES         | SOLORZANO        | JOSUE CARLOS        | 41201280                                                 | josue.gonzales@ohla-peru.pe     | 990101201 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | RELACIONISTA COMUNITARIO                     |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | POZO             | BERROCAL         | JORGE ERNESTO       | 45585345                                                 | jorge.pozo@ohla-peru.pe         | 980672465 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | RELACIONISTA COMUNITARIO                     |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MANSILLA         | BENAVENTE        | DAVID JESUS         | 6771783                                                  | david.mansilla@ohla-peru.pe     | 989169382 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | COORDINADOR DE SEGURIDAD PATRIMONIAL         |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HUAMANI          | MUÑOZA           | MODESTO JORGE       | 10652550                                                 | jorge.huamani@ohla-peru.pe      | 998721598 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | CADISTA                                      |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HUAMÁN           | MEDINA           | LEIDY VIOLETA       | 72286812                                                 | leidy.huaman@ohla-peru.pe       | 951417284 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | CADISTA                                      |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 28                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIQUE            | QUISPE           | MILAGROS REGINA     | 47185072                                                 | mlagros.nique@ohla-peru.pe      | 980542196 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | RELACIONISTA COMUNITARIO                     |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 29                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CONDORI          | AGUILAR          | WALTER NICK         | 43816425                                                 | w.nick.ca@gmail.com             | 969753269 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | INGENIERO DE PLANEAMIENTO                    |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TORRES           | SEMINARIO        | CÉSAR AUGUSTO       | 72750390                                                 | cesar.torres@ohla-peru.pe       | 938203237 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | INGENIERO DE OFICINA TÉCNICA                 |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CARRASCO         | PAZ              | HELVER              | 40894234                                                 | helver.carrasco@ohla-peru.pe    | 946724583 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | TECNICO DE LABORATORIO                       |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 32                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VALVERDE         | MARTINEZ         | DORIS ROSITA        | 47809518                                                 | doris.valverde@ohla-peru.pe     | 900579401 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | ASISTENTE ADMINISTRATIVO                     |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 33                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | JIMENEZ          | SAAVEDRA         | EDGAR               | 47674834                                                 | edgar.jimenez@ohla-peru.pe      | 940725692 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | INGENIERO DE OFICINA TÉCNICA                 |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 34                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CISNEROS         | PORRAS           | WILLAM FREDDY       | 9990992                                                  | freddy.cisneros@ohla-peru.pe    | 961501043 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | GERENTE DE SITIO                             |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| 35                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | GARCIA           | TALLEDO          | OSCAR IVAN          | 40165881                                                 | ogarcia@ohla-peru.pe            | 996106648 | PRESENCIAL                                                        | NO                                                               | GERENTE DE SSOMA                             |                                                                                                                 |        |         | X    |                                                     |                                  |  |
| NOTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              |                                                                                                                 |        |         |      |                                                     |                                  |  |
| 1.- La columna "Factor de Riesgo, solo deberán colocar "SI" o "NO", previa consulta con el responsable de Salud Ocupacional, de su empresa.                                                                                                                                                                                                                              |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Edad mayor de sesenta y cinco (65) años                                                                         |        |         |      |                                                     |                                  |  |
| 2.- La categoría por "Modalidad de Trabajo", considerar como "presencial" a aquellos trabajadores que, por la naturaleza de su labor, no pueden realizar teletrabajo o trabajo remoto; y que, en caso de reanudación de actividades, deberían volver a trabajar. Sin embargo, aquellos "presenciales" que tengan factor de riesgo, estarían imposibilitados de regresar. |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Hipertensión arterial no controlada (Debidamente sustentado ante su médico ocupacional)                         |        |         |      |                                                     |                                  |  |
| Para los trabajadores "presenciales" que tengas algún "factor de riesgo", deberar colocar en la columna de "Modalidad de Trabajo" la frase indicada por su area de RRHH y Legal.                                                                                                                                                                                         |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Enfermedades cardiovasculares graves (Debidamente sustentado ante su médico ocupacional)                        |        |         |      |                                                     |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Cáncer                                                                                                          |        |         |      |                                                     |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Diabetes Mellitus                                                                                               |        |         |      |                                                     |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Obesidad con Índice de Masa Corporal (IMC) de 35 a más.                                                         |        |         |      |                                                     |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Asma moderada o grave (Debidamente sustentado ante su médico ocupacional)                                       |        |         |      |                                                     |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Enfermedad pulmonar crónica                                                                                     |        |         |      |                                                     |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodialisis (Debidamente sustentado ante su médico ocupacional) |        |         |      |                                                     |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                  |                     |                                                          |                                 |           |                                                                   |                                                                  |                                              | Enfermedad o tratamiento inmunosupresor.                                                                        |        |         |      |                                                     |                                  |  |

ANEXO 26. INFORME DE EVALUACION PARA CASOS A REALIZAR TOMA DE  
PRUEBA COVID-19

CO - PE - 1PE324 - SS - SA - 002

Construcción

Perú

Rios Cañete y Huaura

# INFORME DE EVALUACION PARA CASOS A REALIZAR LA TOMA DE PRUEBAS COVID 19

Propuesto por

Revisado por

Aprobado por

Medico Ocupacional

Gerente SSOMA

Gerente de proyecto



Dra. Gianina Domínguez Salas  
Médico Ocupacional y Medio Ambiente  
CMP 6625  
RNAE AQ3567

Gianina Domínguez, 27/12/2022



Oscar García

Oscar García, 28/12/2022



Javier Lopez

Javier Lopez, 28/12/2022

Nivel de seguridad:

Uso interno

Alcance:

Defensa Ribereña del Rio Cañete y Rio Huaura - Paquete 5

Una vez impreso este documento, se convierte en copia no controlada, verificar su vigencia la carpeta de "Documentos aprobados" del SharePoint

## Histórico de revisiones

|        |          |                        |
|--------|----------|------------------------|
| Rev.00 | 27/12/22 | Creación del documento |
|--------|----------|------------------------|

## Documentación relacionada y aplicable

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Resolución Ministerial 1275 - 2021                | La R.M 972-2020 MINSA es derogada por la R.M 1275 -2021 MINSA y aprueba la directiva Administrativa 321 MINSA/DGIESP 2021                                                                                                                                            |
| Resolución Ministerial 675- 2022                  | Modificar la Directiva Administrativa N°321-MINSA/DGIESP-2021, Directiva Administrativas que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS – CoV-2.                           |
| Decreto Supremo N° 118-2022-PCM                   | Modificación del artículo 4 del Decreto Supremo N° 016-2022-PCM, modificado por el Decreto Supremo N° 030-2022-PCM, el Decreto Supremo N° 041-2022-PCM, el Decreto Supremo N° 063-2022-PCM, el Decreto Supremo N° 069-2022-PCM y el Decreto Supremo N.º 108-2022-PCM |
| Directiva Administrativa N°321-MINSA/DGIESP- 2021 | Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2.                                                                                             |
| Ley N°31025                                       | Ley que incorpora a la enfermedad causada por el COVID-19 dentro del listado de enfermedades profesionales de los servidores de la salud.                                                                                                                            |

## Definiciones

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo | Documento guía para establecer las medidas que se deben adoptar para vigilar el riesgo de exposición a COVID-19 en el lugar de trabajo, el cual es aprobado por el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo o Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo, según corresponda.                                                                                                                                                                                                                                       |
| Distanciamiento físico                                                  | Es un conjunto de medidas para el control de infecciones. El objetivo del distanciamiento físico es reducir las posibilidades de contacto entre las personas infectadas y no infectadas, con la finalidad de minimizar la transmisión de enfermedades infecciosas, la distancia mínima es de 1.5 metros en situaciones donde no se asegura el uso permanente de mascarillas, en un espacio cerrado sin ventilación, y un (1 m) metro de distancia en situaciones del uso de mascarilla opcional con espacio ventilado. |
| Equipo de Protección Personal /EPP)                                     | Son dispositivos, materiales e indumentaria personales destinados a cada trabajador para protegerlo de uno o varios riesgos presentes en el trabajo y que puedan amenazar su seguridad y salud. Los EPP son una alternativa temporal y complementaria a las medidas preventivas de carácter colectivo (control administrativo y ambiental).                                                                                                                                                                            |
| Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo | Documento guía para establecer las medidas que se deben adoptar para vigilar el riesgo de exposición a COVID-19 en el lugar de trabajo, el cual es aprobado por el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo o Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo, según corresponda.                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pruebas de Diagnostico para la COVID -19                 | Son aquellas pruebas de ayuda diagnostica realizada por personal entrenado, cumpliendo con requerimientos técnicos, de bioseguridad y manejo correcto de residuos biocontaminados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Puestos de trabajo con riesgo de exposición a SARS-CoV-2 | Son aquellos puestos con diferente nivel de riesgo de exposición a SARS- Cov -2, que dependen del tipo de actividad que realizan. La determinación de los niveles de riesgo se efectúa por los métodos de identificación del peligro biológico al SARS – COV-2, se evalúan los riesgos para la salud y vida de los trabajadores y se establecen las medidas de prevención y protección, en función de la prioridad establecida en el artículo 21 de la ley N°29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. |
| Riesgo bajo de exposición                                | Los trabajos con un riesgo bajo de exposición son aquellos que no requieren contacto con personas, que se conozca o se sospeche que están infectados con SARS – COV-2, así como, en el que no se tiene contacto cercano y frecuente a menos de 1.5 metros de distancia con el público en general; o en el que se puedan usar o establecer barreras físicas para el desarrollo de la actividad laboral.                                                                                                      |
| Riesgo mediano de exposición                             | Los trabajos con riesgo mediano de exposición, son aquellos que requieren contacto cercano y frecuente a menos de 1.5 metros de distancia con el público en general; y que, por las condiciones en el que se realizan no se puedan usar o establecer barreras físicas para el trabajo. En este grupo se incluyen algunos puestos de trabajo en educación presencial, comerciantes minoristas, vigilantes con tacto con el público.                                                                          |
| Riesgo alto de exposición                                | Trabajo con riesgo potencial de exposición a casos sospechosos o confirmados de COVID-19 u otro personal que debe ingresar a los ambientes o lugares de atención de pacientes con la COVID-19, pero que no se encuentran expuestos a procedimientos generadores de aerosoles en el ambiente de trabajo. Este grupo incluye a los trabajadores de ambulancias y funerarias.                                                                                                                                  |
| Riesgo muy alto de exposición                            | Trabajo en el que se tiene contacto con casos sospechosos y/o confirmados con COVID-19, expuestos a procedimientos generadores de aerosoles, en el ambiente de trabajo, durante procedimientos médicos específicos o procedimientos de laboratorio (manipulación de muestras de casos sospechosos o confirmados). Incluye a los trabajadores de morgues que realizan necropsias.                                                                                                                            |
| Reincorporación al trabajo                               | Proceso de retorno a laborar cuando el trabajador, que fue diagnosticado con COVID-19, esta de alta por el Medico tratante y el Profesional del Servicio de Seguridad y Salud en el trabajo determina su aptitud para la reincorporación.                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## ÍNDICE

|     |                                                             |   |
|-----|-------------------------------------------------------------|---|
| 1.  | DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES | 5 |
| 2.  | INTRODUCCION                                                | 6 |
| 3.  | OBJETIVO                                                    | 6 |
| 3.1 | OBJETIVOS ESPECIFICOS                                       | 6 |
| 4.  | ALCANCE                                                     | 6 |
| 5.  | APLICACIÓN DE PRUEBAS COVID                                 | 6 |
| 5.1 | DIRECTIVA ADMINISTRATIVA 321-2021 MINSA                     | 7 |
| 5.2 | CAMPAÑA DE TAMIZAJE                                         | 8 |

## 1. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES

| N | TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO | NOMBRES Y APELLIDOS                | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | PROFESION                | NUMERO DE COLEGIATURA | CORREO ELECTRONICO                                                                     | CELULAR     | PUESTO DE TRABAJO      | LUGAR DE TRABAJO      | CENTRO DE TRABAJO     |
|---|----------------------------|------------------------------------|---------------------|------|--------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | DNI: 41750738              | Giannina Francesca Dominquez Salas | 30/04/1983          | 39   | Medico Cirujano          | CMP 066261            | <a href="mailto:mocupacional@ohla-peru.pe">mocupacional@ohla-peru.pe</a>               | 939 664 101 | Medico Ocupacional     | Sede ohla Corporativo | Sede ohla Corporativo |
| 2 | DNI: 7518571               | Raquel Ruth Rivera Yaya            | 2/08/1996           | 26   | Licenciada en Enfermería | CEP 103879            | <a href="mailto:raque.rivera@ohla-peru.pe">raque.rivera@ohla-peru.pe</a>               | 923 003 474 | Enfermería Ocupacional | Huaura- Sayan         | Cuenca Huaura         |
| 3 | DNI: 75276481              | Marycarmen Ines Oropeza Yzarra     | 10/05/1994          | 28   | Licenciada en Enfermería | CEP 103019            | <a href="mailto:mocupacional.cañete@ohla-peru.pe">mocupacional.cañete@ohla-peru.pe</a> | 923003474   | Enfermería Ocupacional | Cañete                | Cuenca Cañete         |

## 2. INTRODUCCION

Según lo evaluado, la realización de las pruebas para el descarte COVID-19 se ejecutarán en base a las normativas vigentes y se aplicarán en base a los riesgos de exposición de los trabajadores en obra. Cabe recalcar, que esta medida se ejecutará bajo la responsabilidad de cada trabajador, llevando su atención al centro de salud más cercano, ya sea (EsSalud – MINSA) según corresponda o hará uso de su EPS.

## 3. OBJETIVO

Establecer medidas para el control y prevención de la covid- 19 en la obra Defensas Ribereñas Paquete 5, Cañete – Huaura.

### 3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Implementar medidas para el control de la covid -19.
- Identificar el grupo poblacional a la que se aplicará las pruebas covid-19.

## 4. ALCANCE

El alcance es para todos los trabajadores, visitas, proveedores y empresas subcontratistas de Obrascon Huarte Lain S.A que desarrollen actividades dentro del Proyecto Defensas Ribereñas del Rio Cañete y Rio Huaura - Paquete 5, así poder disminuir el impacto de incremento de casos activos en COVID-19 en obra.

## 5. APLICACIÓN DE PRUEBAS COVID -19

### 5.1. Directiva Administrativa 321-2021 MINSA

Las pruebas COVID -19 se realizará de acuerdo con la Directiva Administrativa 321-2021 MINSA, en definiciones operativas, en el punto 5.1.30, sobre la definición de puestos de trabajo con riesgo de exposición a SARS -COV-2 indica lo siguiente acerca de los niveles de riesgo de exposición a contagio.

| Nivel de riesgo de exposición | Características                                                                                                                       | Quienes cumplen | Toma de pruebas |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Bajo riesgo                   | No requieren contacto con personas que se conozca contacto COVID-19, así como el que no se tiene contacto cercano y frecuente a menos | TODOS           | NO APLICA       |

|                 |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                 | de 1.5 mts de distancia con el público en general o en el que se puedan usar o establecer barreras físicas para el desarrollo de la actividad laboral.                                                      |                                                                                            |           |
| Mediano riesgo  | Requiere contacto cercano y frecuente menor de 1.5 mts de distancia con el público en general y que por las condiciones en el que se realizan no se pueden usar o establecer barreras físicas en el trabajo | Profesores que realizan actividades presenciales.<br>Comerciantes, minoristas, vigilantes. | NO APLICA |
| Alto riesgo     | Trabajo potencial con casos sospechosos y confirmados                                                                                                                                                       | Personal de Salud                                                                          | APLICA    |
| Muy alto riesgo |                                                                                                                                                                                                             | Personal de la salud y la morgue                                                           | APLICA    |

\*fuente: Definición Operativa de Puestos de trabajo con riesgo de exposición a SARS-COV-2, Directiva Administrativa 321-2021 MINSA. Pag.8

- Las pruebas COVID-19 estaría reservada solo en los casos de ALTO Y MUY ALTO RIEGO, solo al personal de salud
- Solo se realizará la toma de pruebas a todo personal considerado ALTO Y MUY ALTO RIESGO de acuerdo a la nómina de trabajadores presentada en el Plan de vigilancia COVID-19 de los trabajadores.
- De acuerdo con la ley 31025 Ley que Incorpora a la Enfermedad causada por el COVID-19 dentro del listado de enfermedades profesionales de los servidores de la salud.

## 5.2. Campañas de tamizaje

Las campañas de tamizaje están sujetas a la disponibilidad del establecimiento de salud, es decir del abastecimiento de las pruebas con las que cuenten y al grupo poblacional que este dirigida. Se realizará las coordinaciones para que este se lleve a cabo bajo las siguientes indicaciones:

- Personal de salud que tenga casos de sospecha
- Olas COVID-19 que se tenga a nivel nacional.

Estimar cantidades como el número de veces de toma de pruebas al personal de salud eso dependerá de la curva epidemiológica de casos que tenga a nivel nacional y en obra, ya que estos cambios se dan de forma digital, no es la misma cantidad en primera ola ni cuarta ola.

