

FICHA SINTOMATOLOGICA DE LA COVID - 19

DECLARACION JURADA

Empresa o entidad pública: Hunter Servicios Integrales S.A.C RUC: 20559912191
 Yo, Abanto Rodriguez Oliver Luis
 Identificado(a) con DNI o CE N°: 18142710
 Domiciliado(a) en: M2. V. Lt. 11 3er piso San Andrés
 Con número telefónico: _____ Celular: 960301098

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad. Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

Por la presente, declaro bajo juramento lo siguiente respecto de mi estado de salud, asumiendo voluntariamente la responsabilidad por cualquier consecuencia que dicha circunstancia ocasione en mi salud, conociendo que el proporcionar información falsa a mi empleador constituye una falta grave laboral de quebrantamiento de la buena fe laboral.

En los últimos **14 días calendario** ha pasado alguno de los siguientes enunciados:

	Si	No
Sensación de alza de temperatura o fiebre mayor a 38°C. ¿Cuándo inicio?		X
Estornudos ¿Cuándo inicio?		X
Tos ¿Cuándo inicio?		X
Expectoración o flema amarillo o verdoso ¿Cuándo inicio?		X
Dolor de garganta ¿Cuándo inicio?		X
Dificultad para respirar O sensación de falta de aire ¿Cuándo inicio?		X
Dificultad para sentir olores y/o sabores ¿Cuándo inicio?		X
Diarrea o vómitos ¿Cuándo inicio?		X
Dolores musculares o del cuerpo ¿Cuándo inicio?		X
Dolor de cabeza y/o congestión o secreción nasal y/o fatiga y/o náuseas ¿Cuándo inicio?		X
Me encuentro bajo investigación o he sido confirmado(a) con Covid-19 o influenza.		X
He estado en contacto con una persona que está bajo investigación o confirmada con Covid-19 o influenza. Especificar		X
Yo o un miembro de mi familia hemos estado fuera del país o de la ciudad. ¿En qué país o ciudad?		X
He estado en contacto con una persona que tiene tos, fiebre o dificultad para respirar u otro síntoma relacionado con Covid-19. Especificar		X
Estoy tomado algún medicamento ¿Desde cuándo?		X
¿Cuál(es)?		X

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual sería una falta grave a la salud pública y asumo sus consecuencias.

Así mismo, me comprometo a comunicar y suspender mi asistencia al centro de trabajo en caso yo (o cualquier persona que vive en mi domicilio) sea diagnosticado con el Covid-19, debiendo, en mi caso, acreditar ante mi empleador el resultado que las autoridades me hayan entregado sobre mi estado de salud.

Trujillo, 26 11/01/2023



Firma del Trabajador





DECLARACIÓN JURADA **BUENA SALUD FISICA y** **MENTAL.**

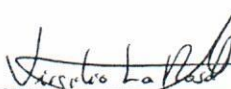
Yo Abanto Rodriguez Oliver Luis
con DNI N° 18142710, Domiciliado en Mz. V. Lt. 11, 3er piso San
Andres V. Etapa, Distrito de Victor Larco Herrera, Provincia de
Trujillo, Departamento de La Libertad.

Declaro Bajo Juramento:

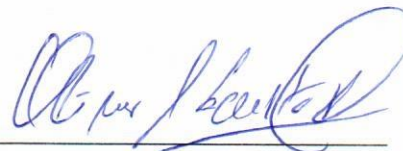
Me encuentro en un buen estado de salud física y mental para prestar servicio de
vigilancia privada.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome,
de no ser así, a las correspondientes acciones administrativas y de Ley.

Trujillo, 26, de 10 del 2023.


Virgilio La Rosa Morón
GERENTE GENERAL
HUNTER SERVICIOS INTEGRALES SAC

EMPLEADOR


Firma
DNI: 18142710

FICHA SINTOMATOLOGICA DE LA COVID – 19 DECLARACION JURADA

Empresa o entidad pública:	HUNTER SERVICIOS INTEGRALES S.A.C.	RUC:	20559912191
Yo, Juan Carlos Zevallos Lauzan			
Identificado(a) con DNI o CE N°:	40608873		
Domiciliado(a) en:	Miraflores primera zona psje San martin 164		
Con número telefónico:	Celular: 970408537		

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad. Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

Por la presente, declaro bajo juramento lo siguiente respecto de mi estado de salud, asumiendo voluntariamente la responsabilidad por cualquier consecuencia que dicha circunstancia ocasione en mi salud, conociendo que el proporcionar información falsa a mi empleador constituye una falta grave laboral de quebrantamiento de la buena fe laboral.

En los **últimos 14 días calendario** ha pasado alguno de los siguientes enunciados:

	Si	No
Sensación de alza de temperatura o fiebre mayor a 38°C. ¿Cuándo inicio?		X
Estornudos ¿Cuándo inicio?		X
Tos ¿Cuándo inicio?		X
Expectoración o flema amarillo o verdoso ¿Cuándo inicio?		X
Dolor de garganta ¿Cuándo inicio?		X
Dificultad para respirar O sensación de falta de aire ¿Cuándo inicio?		X
Dificultad para sentir olores y/o sabores ¿Cuándo inicio?		X
Diarrea o vómitos ¿Cuándo inicio?		X
Dolores musculares o del cuerpo ¿Cuándo inicio?		X
Dolor de cabeza y/o congestión o secreción nasal y/o fatiga y/o náuseas ¿Cuándo inicio?		X
Me encuentro bajo investigación o he sido confirmado(a) con Covid-19 o influenza.		X
He estado en contacto con una persona que está bajo investigación o confirmada con Covid-19 o influenza. Especificar		X
Yo o un miembro de mi familia hemos estado fuera del país o de la ciudad. ¿En qué país o ciudad?		X
He estado en contacto con una persona que tiene tos, fiebre o dificultad para respirar u otro síntoma relacionado con Covid-19. Especificar		X
Estoy tomado algún medicamento ¿Desde cuándo?		X
¿Cuál(es)?		X

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual sería una falta grave a la salud pública y asumo sus consecuencias.

Así mismo, me comprometo a comunicar y suspender mi asistencia al centro de trabajo en caso yo (o cualquier persona que vive en mi domicilio) sea diagnosticado con el Covid-19, debiendo, en mi caso, acreditar ante mi empleador el resultado que las autoridades me hayan entregado sobre mi estado de salud.

Trujillo, 02 DE NOVIEMBRE 2023


 Firma del Trabajador


 Huella Digital

Y0 ZEVALLOS LAUZAN JUAN CARLOS

con DNI N° 40608873, Domiciliado en Miraflores 1era Zona Psje San Martin 164 -
 _____, Distrito de Chimbote- _____, Provincia de
 Santa _____, Departamento de Ancash _____.

Me encuentro en un buen estado de salud física y mental para prestar servicio de vigilancia privada.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome,
de no ser así, a las correspondientes acciones administrativas y de Ley.

Trujillo, 02_, de _____ Noviembre del 2023__.



Virgilio La Rosa Morón
GERENTE GENERAL
HUNTER SERVICIOS INTEGRALES SAC

EMPLEADOR

van Zeehof

Firma

DNI:

CONSTANCIA

SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PENSIÓN Y SALUD

HUNTER SERVICIOS INTEGRALES SAC

RUC: 20559912191

VIGENCIA: 01/11/2023 00:00 al 30/11/2023

ACTIVIDAD: ACTIVIDADES DE SEGURIDAD PRIVADA (ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN Y SEGURIDAD)

Por medio del presente dejamos constancia que los asegurados detallados líneas abajo, conforme al Decreto Supremo 003-98-SA, se encuentran amparados bajo la cobertura de salud de trabajo de riesgo y pensión del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo*.

Contrato SCTR - Salud N°: 350627	Póliza SCTR - Pensión N°: 1000078394
----------------------------------	--------------------------------------

Sede : PRINCIPAL

Nro.	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nro. Documento
1	OLIVER LUIS	ABANTO	RODRIGUEZ	DNI - 18142710
2	ROSAS	AGUILAR	VALIENTE	DNI - 41470454
3	HUMBERTO	ALEMAN	HERRERA	DNI - 03889282
4	CHRISTIAN AUGUSTO	ANTON	PEÑA	DNI - 42857816
5	ROBERT LEO	APAZA	PALOMINO	DNI - 76762157
6	MIGUEL ALFONSO	ARCA	REYES	DNI - 03892198
7	HERCI ALEJANDRO	ARMAS	MEJIA	DNI - 80474819
8	JORGE	AVILA	GRANADINO	DNI - 03891120
9	ALEXANDER SAID	BARRIENTOS	LLONTOP	DNI - 42508113
10	CESAR ALEXANDER	BENGOA	ABANTO	DNI - 70684284
11	MARCO ANTONIO	CALLE	SILUPU	DNI - 76929784
12	LUIS FERNANDO	CANALES	CANALES	DNI - 41141863
13	JAIRO DAVID	CARCAMO	ECHE	DNI - 41389876
14	MIGUEL ANGEL	CHOROCO	QUEZADA	DNI - 42498302
15	CHRISTIAN ERICK	CRIOLLO	ALMESTAR	DNI - 43262371
16	ILTON JUNIOR	CRUZ	SUCLUPE	DNI - 48911950
17	FRANCIS ESTEFANO	DELGADO	CARO	DNI - 71913986
18	YOLANDA VIOLETA	GARCIA	LOLOY	DNI - 42980081
19	WILMER	GIRON	ANTON	DNI - 03886106
20	CARLOS ALBERTO	GONZALES	CORONADO	DNI - 03880345
21	YURI HAMILTON	GUTIERREZ	MORALES	DNI - 71566261
22	JIMMY ESMIR	HERRERA	MIRANDA	DNI - 72172142
23	SEGUNDO ADRIANO	LOPEZ	SANCHEZ	DNI - 44346108
24	KEVIN ALONSO	MERINO	ARROYO	DNI - 77506107
25	JOSE WILMER	MONTENEGRO	VILCHEZ	DNI - 44049301
26	CARLOS SAUL	NEYRA	OLIVERA	DNI - 73494369
27	ANIBAL JOEL	ÑACAYAURI	LOPEZ	DNI - 75757905
28	ANGEL YOSEP	OBREGON	CABELLO	DNI - 72720913
29	JOEL FERNANDO	OLAYA	JUAREZ	DNI - 47204405
30	LUIS ELVIS	ORMEÑO	HUARANCCA	DNI - 46536622
31	ANTHONY CRISTHIAN	PACHECO	VALLADARES	DNI - 77474660
32	JONATHAN LUCIANO	PAJUELO	RODRIGUEZ	DNI - 43985841

*No se brindara cobertura de pensión a los accidentes ocurridos en explotaciones de minas y canteras a menos que se consigne esta actividad en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Nro.	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nro. Documento
33	SIXTO EDUARDO	PALOMINO	BENDEZU	DNI - 80061440
34	JUNIOR EXCER	PANTA	GALVEZ	DNI - 41759323
35	WILLIAM	PANTA	TIMOTEO	DNI - 74204572
36	WILIAN	PIZANGO	PISCO	DNI - 70241636
37	CHRIS JEFFHRE	PRIETO	ATOCHE	DNI - 45942021
38	HERBERT ANTONIO	PRIETO	ATOCHE	DNI - 42143699
39	RAUL	QUISPE	MAMANI	DNI - 43427583
40	JOSE DEL CARMEN	RADAHALLY	ALDANA	DNI - 17447204
41	FERNANDO SEGOVIA	RAMOS	MARQUINA	DNI - 32929114
42	DAVID ISRAEL	REQUEJO	TORRES	DNI - 17975351
43	RINALDY IVAN	ROJAS	VALDERRAMA	DNI - 44262032
44	GILDER OSIEL	ROJAS	DELGADO	DNI - 74026591
45	CARLOS ALBERTO	RUIZ	MENDOZA	DNI - 40855978
46	FROILAN ANTONIO	SALAZAR	NUNTON	DNI - 46829752
47	CARLOS DEYVI	SANCHEZ	ALBURQUEQUE	DNI - 46734370
48	JIMMY	SANDOVAL	AREVALO	DNI - 43058044
49	RICHARD	SANDOVAL	AREVALO	DNI - 41821057
50	RENNY JESUS	SEMINARIO	MORAN	DNI - 75148041
51	CESAR AUGUSTO	SILVA	VILLEGAS	DNI - 25599233
52	JONATHAN VICTOR	SORIANO	VENTURO	DNI - 43263317
53	MAIQUIHIN ALBERTO	UCANCIAL	YOVERA	DNI - 76402823
54	PEDRO LUIS	UCHUYA	ZEVALLOS	DNI - 21554887
55	ERWIN MARTIN	VARGAS	DIOSES	DNI - 03891124
56	WILLIAMS	VERGARA	FLORES	DNI - 45447063
57	PIERRE ALEXANDER	VERGARAY	GARCIA	DNI - 70939990
58	PERCI ESTEBAN	VERGARAY	VERA	DNI - 47212389
59	BRYAN ALEXIS	VIERA	FARIAS	DNI - 76982803
60	JONATHAN DAVIS	YOVERA	AQUIÑO	DNI - 45718377
61	JORGE LUIS	ZEVALLOS	SALDARRIAGA	DNI - 45954705
62	JUAN CARLOS	ZEVALLOS	LAUZAN	DNI - 40608873

Extendemos la presente constancia a solicitud de nuestro cliente HUNTER SERVICIOS INTEGRALES SAC para los fines que considere pertinentes.

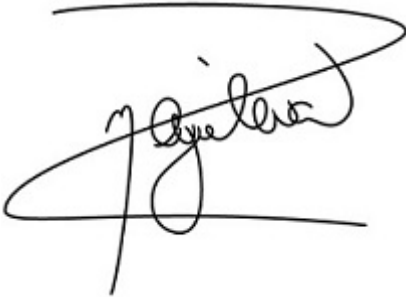
Lima, 31 de Octubre de 2023



VALIDA AQUI ESTA CONSTANCIA



María del Rocio Garcés Miranda
Apoderada
Sanitas Perú S.A. EPS



PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS



REPUBLICA DEL PERU
MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
DIRECCION GENERAL DE AUTORIZACIONES EN TRANSPORTES
LICENCIA DE CONDUCIR

Apellidos

ZEVALLOS LAUZAN

Nombres

JUAN CARLOS

Nro de Licencia

E40608873

Clase

A

Fecha de Expedición

25/05/2015

Categoría

Dos b profesional

Fecha de Revalidación

09/08/2027

**M
T
C**

FIRMA DEL TITULAR



REPÚBLICA DEL PERÚ

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE LOS REGISTROS PÚBLICOS

TARJETA DE IDENTIFICACION VEHICULAR



Zona Registral No. : V

Oficina Registral : TRUJILLO

Placa No.: TOP-907

Partida Registral : 60742263

Placa Ant.:

DUA/DAM : 118-2019-10-550206-1

Título: 2020-801730

Fecha del Título: 06/07/2020



006108030



Keria Maria Espinoza Azcarate
REGISTRADORA PÚBLICA
2744 REGISTRAL N° V - SEDE TRUJILLO

Datos del Vehículo

Categoría: N1

Marca: TOYOTA

Modelo: HILUX

Color: GRIS OSCURO METALICO #####

Motor: 1GDG131607

Combustible: DIESEL

Form. Rodante: 4X4

VIN: 8AJHA3CD7L2088097

Serie/Chasis: 8AJHA3CD7L2088097

Año Modelo: 2020

Versión: 4x4 DIC 1GD SRV

Ejes: 2

Asientos: 5

Pasajeros: 4

Ruedas: 4

Carrocería: PICK UP

Potencia: 130,00@3400

0000473620

Cilindros: 4

Cilindrada: 2.755

P.Bruto: 2.910

P. Neto: 2.157

Carga Util: 0.753

Longitud: 5.335

Altura: 1.815

Ancho: 1.855



**PERÚ****Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones**

Certificado Electrónico Decreto Supremo 015 - 2016 MTC

SOAT

COMPAÑÍA DE SEGUROS

**LA POSITIVA SEGUROS
Y REASEGUROS**

EN CASO DE EMERGENCIAS

**211 0211 LIMA Y/O
PROVINCIAS**

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Nº Póliza - Certificado

27639259 - 0

Desde

15/07/2023

Hasta

15/07/2024

CERTIFICADO SOAT

CONTROL POLICIAL

Desde

15/07/2023

Hasta

15/07/2024Vigencia de uso
exclusivo para
control policial

VEHÍCULO ASEGURADO

Placa

TOP907

Categoría / Clase

**Cmta. Pick Up/Doble
Cabina**

Uso

Carga

Vin / Nº de serie

8AJHA3CD7L2088097

CONTRATANTE / ASEGURADO

**HUNTER SERVICIOS
INTEGRALES S.A.C**

Importe de la prima

S/. 170

Fecha

2023-07-05

Hora de emisión

15 h : 52 m

Los establecimientos de salud públicos y privados están obligados a prestar atención médica quirúrgica de emergencia en caso de la ocurrencia de un accidente de tránsito conforme en la Ley N° 26842, Ley General de Salud y su Reglamento.

La información sobre las obligaciones y derechos del contratante/asegurado, coberturas y exclusiones, las podrás encontrar ingresando a www.apeseg.org.pe/soat o solicitando tu cartilla informativa en las oficinas de la compañía de seguros.