

FICHA SINTOMATOLÓGICA COVID-19, PARA EL REGRESO AL TRABAJO
DECLARACIÓN JURADA

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder la verdad		
Empresa o Entidad Publica:	RIPCONAV	
Apellidos y Nombres:	Paredes Castro Jonathan	
Área de trabajo:	Operaciones	
Dirección:	Numero de celular: 950963407	
En los últimos 14 días calendario ha tenido algunos de los síntomas siguientes:		
	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre.		/
2. Tos, estornudo o dificultad para respirar.		/
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa.		/
4. Pérdida del gusto y/o del olfato.		/
5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		/
6. Está tomando alguna medicación (detallar cual o cuales):		/
Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.		
He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual de constituir una falta grave a la salud pública. Asumo sus consecuencias.		
Fecha:	Firma:	
10.08.22		

4. ¿En los últimos 14 días se desplazó a diferentes distritos, distintos a su lugar de residencia?

(☒) Sí () No

Si su respuesta es Sí: ¿Que distritos visitó?: Moquegua y Chincha

5. Ud. ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades o condiciones'?

- | | |
|--|---|
| (☒) Obesidad | () Enfermedades cardiovasculares |
| () Enfermedad pulmonar crónica | () Asma |
| () Diabetes | () Enfermedad o tratamiento Inmunosupresor |
| () Hipertensión arterial | () Cáncer |
| () Embarazo/puerperio () Mayor de 60 años | () Personal de salud |
| () Insuficiencia Renal crónica. | () Otros: |

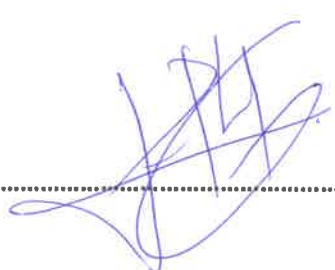
6. En la casa donde habita tiene los siguientes grupos de riesgo:

- () Adulto mayor
(☒) Niño
() Gestante
() Familiar con enfermedad crónica

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SEÑALADOS, EXPRESAN LA VERDAD. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo las consecuencias y de acuerdo a la Ley General de Salud doy consentimiento para que la información brindada sea usada para la vigilancia epidemiológica COVID -19.

Nombres y apellidos: Jonathan Paredes Castro

DNI: 41782979

Firma: 



REQUISITOS PARA VISITA TÉCNICA GUIADA

PERSONAS

- Enviar SCTR (Seguro complementario de trabajo de riesgo), de todos los participantes por empresa
- Enviar Ficha Sintomatológica, en caso de tener síntomas no deberán asistir.
- Enviar y portar carnet y/o certificado de 03 dosis de vacuna COVID.
- Presentar declaración jurada simple de buena salud.
- Cumplir controles COVID:
 - * Uso de doble mascarilla quirúrgica o mascarilla KN95,
 - * Desinfección de manos .
 - * Distanciamiento físico de 1.5 metros.

VEHÍCULOS

- Los vehículos deben contar: (i) SOAT vigente, (ii) Inspección técnica vigente, (iii) Inspección y/o check list de preuso de unidad móvil.
- En un vehículo tipo camioneta solo se podrá transportar un máximo de 4 personas, el chofer y 3 acompañantes, uno sentado como copiloto y 2 en la parte trasera.
- El vehículo debe contar con alcohol para desinfección de manos de pasajeros.
- Es obligatorio el uso de la mascarilla durante todo el viaje (si estornuda o tose no se retire la mascarilla).
- Los cinturones de seguridad deben estar operativos y libres para su uso obligatorio .
- El personal conductor y personal transportado deberá reportar cualquier acto, condición subestándar e incidente ocurrido durante la visita y en el traslado .
- Las unidades móviles deben contar con extintor inspeccionado y operativo, botiquín con insumos médicos, conos y taco para uso cuando el equipo deba estar estacionado.

EQUIPO DE VISITA - POSTOR

NOMBRE Y APELLIDO 1: Jonathan Paredes Castro DNI: 41782979

CARGO: Dpto. Producción

NOMBRE Y APELLIDO 2: DNI:

CARGO:

NOMBRE Y APELLIDO 3: DNI:

CARGO:

EQUIPO VEHICULAR – POSTOR

PLACA:

NOMBRE Y APELLIDO CONDUCTOR: DNI:

FIRMA DE REPRESENTANTE