



## DECLARACIÓN JURADA DE RETORNO LABORAL COVID-19

He recibido explicación sobre el llenado de este documento y me comprometo a responder con la verdad. También he sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, lo cual es una falta grave, según el Reglamento Interno de Trabajo:

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| <b>Apellidos:</b>             | ASMAT VASQUEZ     |
| <b>Nombres:</b>               | WILMER IVAN       |
| <b>Edad:</b>                  | 38 años           |
| <b>Región de Procedencia:</b> | LA LIBERTAD       |
| <b>Empresa:</b>               | KILLA URPI S.A.C. |
| <b>Área de trabajo:</b>       | ÁREA DE PROYECTOS |
| <b>Fecha:</b>                 | 21/02/2025        |

La información proporcionada en este cuestionario será custodiada por el área de salud ocupacional de OHLA, para saber si Ud. se encuentra en buen estado de salud para visitar y/o laborar en el proyecto. Coloque una "X", según corresponda:

### A. Síntomas de COVID-19:

En los últimos días, Ud. ha presentado:

| SÍNTOMAS                                 | SI                       | NO                                  | SÍNTOMAS                      | SI                       | NO                                  |
|------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Sensación de alza térmica                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Pérdida del olfato y/o gusto  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fiebre                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Dolor abdominal               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tos                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Náuseas                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Estornudos                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Diarrea                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Dificultad para respirar                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Dolor en el pecho             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Congestión Nasal                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Desorientación o confusión    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Secreción Nasal                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Coloración azul en los labios | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Expectoración o Flema Amarilla o Verdosa | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Malestar General              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**B. Contactos con personas con diagnóstico de COVID-19 o lugares con alto riesgo de contagio de COVID-19**

|                                                                                                    | SI                       | NO                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Ha tenido contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en su entorno familiar o social | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ha visitado un establecimiento de salud                                                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**C. Antecedentes Personales:**

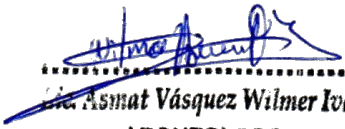
**Factores de riesgo para enfermar gravemente por COVID-19:**

|                                                       | SI                       | NO                                  |                                                               | SI                       | NO                                  |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Edad mayor de 60 años                                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Enfermedades cardiovasculares (incluye hipertensión arterial) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Enfermedad renal crónica                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Obesidad (IMC > 30)                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Asma moderada o grave                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Enfermedad pulmonar crónica                           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Gestante y/o puérpera                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Enfermedad o tratamiento inmunosupresor (incluye VIH) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Enfermedad hepática crónica                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Vacunación COVID-19**

|                                                                  | SI                                  | NO                                  |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ¿Ha recibido las 3 dosis de vacuna de COVID-19?                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| ¿Ha recibido 1 o más dosis de refuerzo de la vacuna de COVID-19? | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

En pleno uso de mis facultades físicas y mentales y en correspondencia con la información proporcionada, **DE CONFORMIDAD AL LITERAL I) DEL ARTÍCULO 79 DE LA LEY N° 29783 (LEY DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO); DECLARO BAJO JURAMENTO:** Que, gozo de buen salud física y mental, sometiéndome a las acciones que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad. Firmo en señal de conformidad:

  
Lic. Asmat Vásquez Wilmer Iván  
ARQUEOLOGO  
FIRMA 332