

DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Yo Antonio Zaccarias Portie Montico;

identificado con DNI N° 32973711 y domiciliado en

Prolog. Alfonso Ugarte 1236, en pleno uso

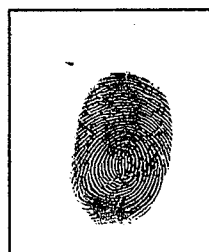
de mis facultades físicas y mentales, **DECLARO BAJO JURAMENTO, GOZAR DE BUENA**

SALUD FÍSICA Y MENTAL para lo cual dejo constancia con mi firma y huella digital

Chimbote, 28 de octubre de 2023



Firma



Huella digital

Declaración Jurada sintomatológica de COVID-19

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: Porte Montes Antonio Zacarias Fecha: 28/10/2023
 Empresa: S.P. ELITE Área de trabajo: _____ DNI: 32973411 Edad: 55
 Dirección: Prolong. Alfonso Ugarte 1236 Región: Ancash 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 y/o laborar en 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		☒
Dificultad para respirar		☒	Diarrea		☒
Congestión Nasal		☒	Dolor en el pecho		☒
Secreción Nasal		☒	Desorientación o confusión		☒
Expectoración o Flema Amarilla		☒	Coloración azul en los labios		☒
Expectoración o 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:

1. 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 30.		☒
Hipertensión Arterial refractaria		☒	Asma Moderada o grave		☒
Enfermedad Cardiovascular Grave		☒	Enfermedad Pulmonar Crónica		☒
Cáncer		☒	Insuficiencia renal Crónica o en tratamiento con hemodiálisis		☒
Gestante		☒	Enfermedad o tratamiento Inmunosupresor.		☒
Diabetes Mellitus		☒			

2. Vacunación contra COVID-19

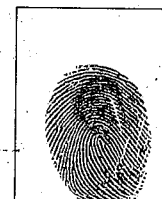
N° Dosis	Fecha	Tipo de Vacuna
1	<u>16/09/21</u>	<u>SINOPHARM</u>
2	<u>02/10/21</u>	<u>SINOPHARM</u>
3	<u>15/02/22</u>	<u>ASTRAZENECA</u>
4		
5		

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

Vehículo Terrestre (Interprovincial, particular)	Si	No	Terrestre Aéreo	Si	No
Ha mantenido su distanciamiento (> 1.5 metros)	X		Mantenido su distanciamiento		
Ha viajado con su doble mascarilla quirúrgica o 01 KN95	X		Uso permanente de mascarilla		
Se ha trasladado con las ventanas abiertas.	X		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	X				
El chofer mantuvo todas las medidas de prevención durante el traslado	X				



FIRMA DEL COLABORADOR



HUELLA

IMPORTANTE:

1. La presente Declaración Jurada tiene carácter legal, por lo cual se debe rellenar correctamente todos datos solicitados, la omisión de 1 o más de estos, invalida el documento.
2. La vigencia de la presente declaración jurada es de 72 horas de antigüedad como MÁXIMO a partir de su envío al personal de salud ocupacional encargado de su validación, superado dicho periodo se deberá elaborar nuevamente para su respectiva revalidación.
3. La FIRMA y la HUELLA deben ser ORIGINALES, se invalida el presente formato en caso el trabajador envíe FIRMA y/o HUELLA como imagen o similares, que puedan suponer falsificación de documentos, tipificado como delito según el Artículo N° 240 del Código Penal.

DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Yo JORGE DAVID EDLORO;

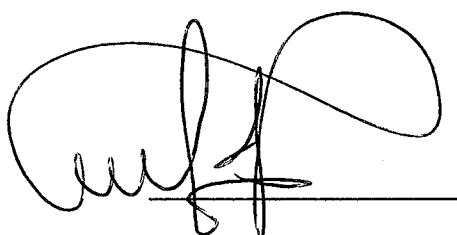
identificado con DNI N° 10381793 y domiciliado en

M2 B LT 12 CHIMBOTE, en pleno uso

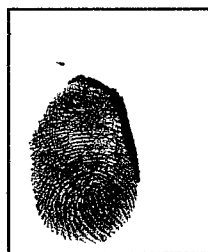
de mis facultades físicas y mentales, **DECLARO BAJO JURAMENTO, GOZAR DE BUENA**

SALUD FÍSICA Y MENTAL para lo cual dejo constancia con mi firma y huella digital

Chimbote, 28 de octubre de 2023



Firma



Huella digital

Declaración Jurada sintomatológica de COVID-19			
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: DONIA VOLENO TORRE		Fecha: 1 / 1 / 2023	
Empresa: ELITE	Área de trabajo: JEFATURA OPERC.	DNI: 10381793	Edad: 49
Dirección: M2B Lte 12 CHIMBOTE		Región:	Número (celular): 994079849

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 y/o laborar en 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		☒
Dificultad para respirar		☒	Diarrea		☒
Congestión Nasal		☒	Dolor en el pecho		☒
Secreción Nasal		☒	Desorientación o confusión		☒
Expectoración o Flema Amarilla		☒	Coloración azul en los labios		☒
Expectoración o 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 Sí; 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:

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

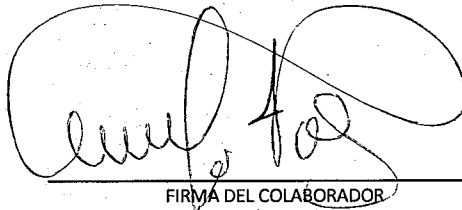
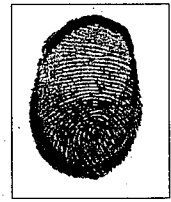
Factores de Riesgo para COVID-19	Si	No	Factores de Riesgo para COVID-19	Si	No
Edad mayor de 65 años		☒	Obesidad con IMC mayor de 30.		☒
Hipertensión Arterial refractaria		☒	Asma Moderada o grave		☒
Enfermedad Cardiovascular Grave		☒	Enfermedad Pulmonar Crónica		☒
Cáncer		☒	Insuficiencia renal Crónica o en tratamiento con hemodiálisis		☒
Gestante		☒	Enfermedad o tratamiento Inmunosupresor.		☒
Diabetes Mellitus		☒			

2. Vacunación contra COVID-19

N° Dosis	Fecha	Tipo de Vacuna
1	12/04/21	SINOPHARM
2	02/08/21	SINOPHARM
3	19/02/22	ASTRAZENECA
4		
5		

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

Vehículo Terrestre (Interprovincial, particular)	Si	No	Terrestre Aéreo	Si	No
Ha mantenido su distanciamiento (> 1.5 metros)	X		Mantenido su distanciamiento		
Ha viajado con su doble mascarilla quirúrgica o 01 KN95	X		Uso permanente de mascarilla		
Se ha trasladado con las ventanas abiertas.	X		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	X				
El chofer mantuvo todas las medidas de prevención durante el traslado	X				


FIRMA DEL COLABORADOR

HUELLA

IMPORTANTE:

1. La presente Declaración Jurada tiene carácter legal, por lo cual se debe rellenar correctamente todos datos solicitados, la omisión de 1 o más de estos, invalida el documento.
2. La vigencia de la presente declaración jurada es de 72 horas de antigüedad como MÁXIMO a partir de su envío al personal de salud ocupacional encargado de su validación, superado dicho periodo se deberá elaborar nuevamente para su respectiva revalidación.
3. La FIRMA y la HUELLA deben ser ORIGINALES, se invalida el presente formato en caso el trabajador envíe FIRMA y/o HUELLA como imagen o similares, que puedan suponer falsificación de documentos, tipificado como delito según el Artículo N° 240 del Código Penal.