



REPÚBLICA DEL PERÚ REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL
DOCUMENTO NACIONAL
DE IDENTIDAD DNI

CUI
47315888-0



1000407772



Primer Apellido
VALDIVIA

Segundo Apellido
TORRES

Prerombres
JOSEPH EDUARDO

Sexo
MASCULINO
Fecha de Nacimiento
27 06 1991
Fecha de Emisión
21 09 2017
Grupo de Votación
090789

Estado Civil
SOLTERO
Ubigeo de Nacimiento
120101
Fecha de Caducidad
21 09 2025
Donación de Órganos
NO



47315888

[Signature]

I<PER47315888<2<<<<<<<<<<<<<<<
9106271M2509219PER<<<<<<<<<<<<8
VALDIVIA<<JOSEPH<EDUARDO<<<<<

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Yo, Joseph Eduardo Valdivia Torres con DNI 47315388, domiciliado en Ayza de Morales N°1271 dpto 1001 Urb San Fernando Trujillo, en condición de trabajador de la empresa Consorcio Control de Rios Asma-Huancayo declaro tener pleno conocimiento del documento que transcribo, por lo que **declaro bajo juramento que:**

1.- A la fecha NO PADEZCO de enfermedades, ni presento síntomas propios de éstas. Asimismo, me comprometo que en caso presentara síntomas o malestares durante la visita en desarrollo de mis actividades, deberé comunicar inmediatamente del hecho a mi jefe inmediato.

2.-NO poseo ninguna condición de vulnerabilidad que ponga en riesgo mi salud.

3.- Me encuentro APTO físico y mentalmente para desarrollar actividades en el tiempo y fecha establecidas en las instalaciones de nuestros clientes y socios laborales .

En caso de resultar FALSA la información que proporcione, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales, que haya a lugar conforme a las disposiciones normativas vigentes.

CASMA, 19 de Diciembre del 2022


Firma



Huella Digital

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



VACUNADO / VACCINATED

Nombres y apellidos / Full name

JOSEPH EDUARDO VALDIVIA TORRES

Documento de Identidad / ID number

DNI: 47315888

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

27/06/1991

Sexo / Sex

M

Nacionalidad / Nationality

PERU

Vacuna / Vaccine

Vacuna contra COVID-19

VACUNACIÓN REGULAR NACIONAL

Dosis / Dose	Fecha de Vacunación / Date of vaccination	Fabricante y lote de vacuna / Manufacturer and lot number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
1° DOSIS	08/09/2021	SINOPHARM (B2021082213)	ANCASH - I.E. Augusto Salazar Bondy - ANCASH SANTA NUEVO CHIMBOTE
2° DOSIS	05/10/2021	SINOPHARM (B2021082365)	ANCASH - I.E. Augusto Salazar Bondy - ANCASH SANTA NUEVO CHIMBOTE
3° DOSIS	10/02/2022	ASTRAZENECA (78039)	ANCASH - I.E. Augusto Salazar Bondy - ANCASH SANTA NUEVO CHIMBOTE

Certificado Emitido por / Certificate issued by: Ministerio de Salud del Perú

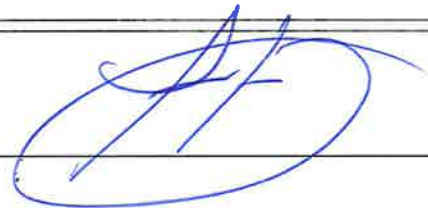
Fecha de Emisión / Date of issue: 19/10/2022, 10:46 pm

Ficha de sintomatología COVID-19
Para regreso o reincorporación al trabajo
Declaración Jurada

Apellidos y nombres del trabajador:	VALDIVIA TORRES JOSEPH EDUARDO		
Area de trabajo:	CALIDAD	Nº DNI	47315888
Dirección domiciliaria:	CALLE AYARZA DE MORALES Nº 1271 DPTO 1001 - TRUJILLO	Nº de Celular:	978361238

En los últimos 14 días calendarios ha tenido alguno de los síntomas siguientes:	Marcar con una "X" (SI / NO)		
	SI	NO	Especifique
1. Sensación de alza térmica, fiebre o malestar		X	
2. Dolor de garganta, tos, estornudos o dificultad para respirar		X	
3. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal		X	
4. Pérdida del gusto y/o del olfato		X	
5. Contacto con un caso confirmado de COVID-19		X	
6. Esta tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles)		X	
7. Pertenecer a algún Grupo de Riesgo para Covid-19		X	

Todo los datos expresados en esta ficha constituyen una declaración jurada de mi parte, he sido informada/o el objetivo de esta evaluación y e respondido con la verdad.

Fecha: 07.12.22		Firma:	
--------------------	--	--------	---

YO, Joseph Eduardo Valdivia Torres,
IDENTIFICADO CON DNI N° 47915822, DECLARO HABER DESCANSADO
APROPIADAMENTE LA NOCHE ANTERIOR Y ME COMPROMETO A "RECONOCER Y REPORTAR
ALERTAS FRENTE A CUALQUIER INDICADOR DE AGOTAMIENTO, FATIGA, SOMNOLENCIA,
CANSANCIO U OTRA SITUACION, QUE ME AFECTE A MI Y A MI DESEMPEÑO, AVISARLE
INMEDIATAMENTE A MI SUPERVISOR, A FIN DE TOMAR LAS MEDIDAS PARA EVITAR UN
INCIDENTE POR ESTA SITUACIÓN.


Jorge Luis Zavaleta Bautista
ING. RESIDENTE DE OBRAS
CONSEJO DE SANITARIOS CAYMA - HUARMET
Firma del **OHLA Pasada** de área

	CHECK LIST DE FATIGA Y SOMNOLENCIA	Revisión: 0
	"ENTREGA DE LAS DEFENSAS RIBEREÑAS DE LOS RÍOS CHICAMA Y VIRÚ (PAQUETE 9R-06)"	Fecha: 25/07/2022

Nombres y Apellidos: Joseph Eduardo Valdivia Torre Área/Empresa: _____
 Tipo de vehículo/Equipo: _____ Fecha: 07-12-22 Hora: 15:48

FASE I				
N°	DESCRIPCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿He dormido menos de 6 hr. Durante las últimas 24 hr?		X	
2	No me encuentro en condiciones físicas y psicológicas de conducir y/o operar hoy.		X	
3	He ingerido algún tipo de fármaco que pueda provocar disminución en los reflejos como por ejemplo, antialérgicos, relajantes musculares, antidepresivos, etc.		X	
4	Durante mi descanso ingerí bebidas alcohólicas en exceso y no han pasado más de 15 hr. De esto.		X	
5				

Evaluación de la Encuesta: Si alguna pregunta se responde positivamente, el trabajador debe informar de inmediato al supervisor.

FASE II

Para las siguientes preguntas, determine qué nivel se adapta mejor a su estado actual utilizando la siguiente escala.

(0 = En absoluto; 1 = Ligeramente; 2 = Moderadamente; 3 = Muchas veces; 4 = Extremadamente).

N°	DESCRIPCIÓN	EVALUACION	OBSERVACIONES
1	Me falta energía	0	
2	Todo me requiere un esfuerzo	0	
3	Me siento débil en algunas partes del cuerpo	0	
4	Tengo mis piernas y brazos pesados	0	
5	Me siento cansado sin razón.	0	
6	Quisiera descansar mas	0	
7	Me resulta difícil concentrarme	0	
8	Me siento cansado, pesado y rígido.	0	

Suma total

Evaluación de la encuesta

Nota: Si la suma de las preguntas es mayor a 9 se sospecha que el trabajador esta con fatiga y se debe informar a supervisión.

Observacion
