

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Yo, Jorge Luis Zamora Bautista con DNI 17980375, domiciliado en Sr. Mariscal Uzuñigo 174 CASMA, en condición de trabajador de la empresa CONSORCIO COMENSA RIO CASMA-HUAMAY, 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

**PERÚ**Ministerio
de Salud**CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE**

Nombre / Name ZAVALETA BAUTISTA JORGE LUIS	Fecha de Nacimiento / Date of birth 19/03/1963	
Documento de Identidad / Identification document DNI: 17980375	Nacionalidad / Nationality PERU	
Sexo / Sex M	Vacuna / Vaccine Vacuna contra Covid	

Vacunado / Vaccinated

Fecha de Vacunación / Vaccination Date	Dosis / Dose	Fabricante y Lote de Vacuna / Product Name and Manufacturer Lot Number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
08/07/2021	1ª dosis	PFIZER (FA9095)	LA LIBERTAD
30/07/2021	2ª dosis	PFIZER (FD7207)	LA LIBERTAD - I.E. JUAN PABLO II - LA LIBERTAD TRUJILLO TRUJILLO
04/01/2022	3ª dosis	PFIZER (FM2953)	ANCASH - COLEGIO VIRGEN DEL ROSARIO 20498 OCROS - ANCASH OCROS OCROS

Certificado emitido por / Certificate issued by:

Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of Issue

26/01/2022 23:35

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

Apellidos y nombres del trabajador:	ZVALETA BAUTISTA JORGE LUIS			
Area de trabajo:	PRODUCCION	Nº DNI	17980375	
Dirección domiciliaria:	JR. JOSE DE LA RIVA AGÜERO 638 URB. PALERMO - TRUJILLO	Nº de Celular:	979991761	
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: 07/12/2022		Firma:		

Compromiso de "Identificación de Fatiga y Somnolencia"

YO, Jorge Luis Zavaleta Bautista,
IDENTIFICADO CON DNI N° 17980375, 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.



Firma del Trabajador



Jorge Luis Zavaleta Bautista
ING. RESIDENTE DE OBRA
CONSORCIO CANTERAS RIOS CASMA - HUARMAY
OHLA Pesada
Perú

Firma del Supervisor y/o Jefe 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: Jorge Luis Zamora Bautista Área/Empresa: Producción
 Tipo de vehículo/Equipo: _____ Fecha: 7/12/2022 Hora: 3:20 p.m.

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	EVALUACIÓN	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.