

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Yo, Juan Alfonso Revilla con DNI 26715120, domiciliado en AV. GRAU N° 1044, en condición de trabajador de la empresa OHCA., 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.

19 de Diciembre de _____ del 2022


Firma



Huella Digital

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



VACUNADO / VACCINATED

Nombres y apellidos / Full name

JUAN ANTONIO ALFARO REVILLA

Documento de Identidad / ID number

DNI: 26715120

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

11/01/1966

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	10/07/2021	PFIZER (FA7483)	LIMA NORTE - Plaza Norte - LIMA LIMA INDEPENDENCIA
2° DOSIS	11/08/2021	PFIZER (EY0575)	LORETO - COLEGIO MARISCAL OSCAR R. BENAVIDES - LORETO MAYNAS IQUITOS
3° DOSIS	21/12/2021	PFIZER (FJ8765)	LORETO - COLEGIO MARISCAL OSCAR R. BENAVIDES - LORETO MAYNAS IQUITOS
4° DOSIS	04/07/2022	ModernaTX (000353A)	LORETO - MISMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD -

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

Fecha de Emisión / Date of issue: 08/11/2022, 12:47 pm

Copyright © 2022. Desarrollado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud |
Todos los derechos reservados.

NTC

REPUBLICA DEL PERU
MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
DIRECCION GENERAL DE AUTORIZACIONES EN TRANSPORTES
LICENCIA DE CONDUCIR

Apellidos
ALFARO REVILLA

Nombre
JUAN ANTONIO

Nro de Licencia
L26715120

Clase
A

Fecha de Emisión
05/08/2000

Categoría
Tres c profesional

Fecha de Renovación
24/03/2026

MTC

FIRMA DEL TITULAR

Serv. Nro Primigenia
14 26715120

Fecha de Emisión
11/01/1966

Democio
JR. JOSE SABOGAL 1299 CAJAMARCA
CAJAMARCA CAJAMARCA

Habilitaciones
CON LENTES

Grupo y Factor Sanguíneo
A+

Donación de Órganos
NO

MTC

AUTORIDAD COMPETENTE

D0226615

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

Apellidos y nombres del trabajador:	ALFARO REVILLA JUAN ANTONIO		
Area de trabajo:	TRANSPORTE	Nº DNI	26715120
Dirección domiciliaria:	AV.GRAU N°104 - IQUITOS - LORETO	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 he respondido con la verdad.

Fecha:	07 de Diciembre 2022	Firma:	
--------	----------------------	--------	---

Compromiso de "Identificación de Fatiga y Somnolencia"

YO, Juan Affaro Benillo
IDENTIFICADO CON DNI N° 26715120, 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 CASHA - HUARMAY

OHSA Rosada
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: Juan Antonio Alfaro Revilla Área/Empresa: OHCA
 Tipo de vehículo/Equipo: Camioneta 4x4 Fecha: 07-12-22 Hora:

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

Vota: 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