


DECLARACIÓN JURADA Y CARTA DE COMPROMISO – COVID-19.

Yo,, trabajador de la empresa **T.P.A.TRANSPORTES S.A.C.** deaños de edad, identificado con Documento de Identidad: N°:, de nacionalidad:, desempeñándome en la empresa en el cargo de:, domiciliado en: distrito de provincia de y departamento de

Declaro bajo juramento, en pleno ejercicio de mis facultades, que la información expresada por mi persona es veraz y real, no habiendo ningún tipo de omisión, ocultamiento o falsedad, caso contrario perjudicaría la salud de mis compañeros y la mía propia, siendo una falta grave de Salud Pública, poniéndome a disposición de la empresa para las sanciones y acciones respectivas.

- a. NO SI poseo síntomas de COVID-19 tales como: Sensación de Alza Térmica (Fiebre), Decaimiento, Malestar General, Escalofríos, Congestión Nasal (Moco), Pérdida del Olfato, Pérdida del Gusto, Estornudos, Dolor de Garganta, Tos, Náuseas, Vómitos, Dolor de Pecho, Desorientación, Confusión, Dolor de Cabeza, Dificultad Respiratoria, Coloración azul de los Labios y Uñas (Cianosis), etc. Otros:
- b. NO SI poseo Comorbilidades, Enfermedades Crónicas o condiciones de riesgo frente al COVID-19, según lo establecido por el MINSA como son: edad mayor de 60 años, Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedades Cardiovasculares, Asma, Enfermedades Respiratorias, Enfermedades Renales, Enfermedades Inmunológicas, Cáncer, VIH, Embarazo, Obesidad, etc. Otros:.....
- c. NO SI he tenido contacto con personas enfermas o sospechosas de COVID-19 o con problemas respiratorios. Indicar:.....
- d. NO SI estoy tomando medicación actualmente. Detallar cuáles y tiempo:
- e. NO SI he roto el Aislamiento Social Estricto, permaneciendo en mi domicilio yo y mi familia, según lo establecido por el gobierno peruano. Especifique lugar a donde salió:

Por medio de la presente, me comprometo a cumplir de manera estricta y minuciosa, todas las recomendaciones e indicaciones médicas determinadas, por el área de Salud Ocupacional de la empresa, así como adoptar de manera **OBLIGATORIA** las medidas preventivas de desinfección y limpieza; establecidas por **T.P.A.TRANSPORTES S.A.C.** durante toda mi jornada laboral, las mismas que detallo a continuación:

1. Lavado de manos minucioso y frecuente según Cartilla recibida, basada en la OMS.
2. Uso de sustancias de desinfección para manos como alcohol gel, según Cartilla recibida.
3. Al momento de estornudar o toser Cubrirse su nariz y boca con el doblez del codo, papel higiénico o toalla descartable, etc.
4. No tocarse con las manos ninguna parte de la cara: ojos, nariz, boca, etc.
5. Limpiar de manera exhaustiva y minuciosa con solución antiséptica y desinfectante los objetos de uso común y diario como: pasamanos, timón, palanca de frenos, palanca de cambios, manijas del auto, herramientas, perillas de puertas, mouse, teclado, pantalla, escritorio, sillas, lapiceros, celulares, engrampadores, útiles de escritorio, caños, etc.
6. Evitar saludar con la mano o con beso en la cara. Use el saludo **T.P.A.:** 
7. No automedicarse.
8. No compartir alimentos ni ningún tipo de utensilios: vasos, cucharas, tenedores, etc.
9. Cumplir de manera estricta con las Cartillas y Boletines entregados: Lavado de Manos, Recomendaciones Preventivas, etc.
10. Avisar si presenta problemas respiratorios y si ha visto alguno de sus compañeros con dichos problemas.
11. Uso obligatorio de EPPs, contra Coronavirus.
12. Mantener la distancia social de 1,5 m. a 02m. de distancia entre las personas.
13. Control al Ingresar: Pulso:latidos x minuto. Saturación O2:% Temperatura:°C Hora:
14. Control al Salir: Pulso:latidos x minuto. Saturación O2:% Temperatura:°C Hora:

Reitero mi compromiso de cumplir lo indicado líneas arriba y exonero de responsabilidad a la empresa asumiendo la total responsabilidad ante cualquier complicación o consecuencia que pudiera presentarse, debido a mi incumplimiento.

Estando de acuerdo, con lo anteriormente indicado firmo al pie del presente documento, en señal de conformidad.

....., de del 20.....

.....
FIRMA Y HUELLA DEL TRABAJADOR RESPONSABLE.

Nombres y Apellidos:

DNI:

Celular: