DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD

**DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

**I. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA**

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

**F**

**M**

Fecha de nacimiento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Residencia: Departamento Número de teléfono:

Número de Contrato/Orden/Requerimiento

Edad:

**Sexo:**

Provincia

Correo Electrónico:

Distrito:

**DNI**

**II. GERENCIA DONDE PRESTARÁ SERVICIOS Y OTROS DATOS:** *(Escriba con Letra Imprenta)*

*:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gerencia, Jefatura u Oficina donde brindara el servicio |  | Descripción breve del servicio |  |
| Lugar de la prestación del Servicio |  |

|  |
| --- |
| **III. FACTOR O CONDICIÓN DE RIESGO:** |
| *Declaro bajo juramento que los datos consignados que sustenta mi estado de salud actual se basan en los factores de*  *riesgo siguiente:* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| Enfermedad respiratoria crónica |  |  |
| Enfermedad renal crónica |  |  |
| Enfermedad Inmunodepresora |  |  |
| Enfermedad Cardiovascular |  |  |
| Otro: |  |  |

Hipertensión Arterial

Cáncer

Diabetes mellitus

Obesidad

Gestación

**Marcar con X en el recuadro**

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Marcar con X en el recuadro**

Especifique:

Declaro **NO** encontrarme en los factores o condiciones de riesgo descritos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. OTROS FACTORES:** | **SI** | **NO** | **Detalle** *(Consignar información de los dos (02) últimos meses)* |
| 1. *¿Tuvo una Fractura?* |  |  |  |
| 1. *¿Fue Operado?* |  |  |  |
| 1. *¿Estuvo Internado?* |  |  |  |
| 1. *¿Alergias algún medicamento?* |  |  |  |
| 1. *¿Padece de Anemia?* |  |  |  |
| 1. *¿Usa Audífonos para escuchar?* |  |  |  |
| 1. *¿Tiene alguna discapacidad?* |  |  |  |
| 1. *Otros, especifique:* | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.1.- ANTECEDENTES COVID -19:** | **SI** | **NO** | **Detalle** |
| *1. ¿Usted se encuentra en una zona identificada como de alto riego por el COVID-19 según información oficial del MINSA?* |  |  | *¿Lugar?* |
| *2. ¿Usted ha tenido contacto en los últimos 14 días con alguna persona enferma o sospechosa de Coronavirus (COVID-19)?* |  |  |  |
| *3. ¿Actualmente, usted presenta alguno de estos síntomas?* |  |  | *Fiebre ( ) Tos ( ) Dolor de garganta ( ) Problemas para respirar ( ) ninguno ( ) pérdida del gusto ( ) pérdida del olfato ( )* |
| ***INFORMACION ADICIONAL:*** | | | |
|  | | | |

En caso, presente algún factor de riesgo el o los documentos que acrediten dichos factores o condiciones de riesgo, deberán ser presentados dentro de las 24 horas de ingresar a prestar servicios o cuando sean requeridos por el Servicio de Salud Ocupacional.

|  |
| --- |
|  |
| V. **DOCUMENTOS QUE DEBERÁ ADJUNTAR:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VI. DECLARACION DE GOZAR BUENA SALUD:** | | |
| **Declaro GOZAR DE UNA BUENA CONDICIÓN DE SALUD FÍSICA Y MENTAL** a la fecha de la suscripción del presente documento, que me permitirán desarrollar los servicios contratados.  De consignar (NO) fundamente las razones: | SI | NO |
|  | |
| Asimismo, autorizo que todo acto administrativo derivado del presente procedimiento se me notifique en el correo electrónico (email) consignado en la presente Declaración Jurada: | SI | NO |
| **DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS EXPRESAN LA VERDAD** | | |

Asumo las responsabilidades correspondientes ante Ositrán, por la veracidad de la presente declaración jurada.

Asimismo, autorizo a Ositrán, el uso confidencial de la información brindada, sólo y exclusivamente para los fines de salvaguardar la salud y bienestar que pudieran encontrarse dentro de los grupos de riesgos establecidos por la norma (RM 972-2020-MINSA) o la norma que la sustituya.

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDOS Y NOMBRES:  DNI N° FECHA / /  FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | HUELLA DIGITAL |
|  |  |

.