**DECLARACIÓN JURADA DE SINTOMATOLOGIA DE PROVEEDORES PARA LA EJECUCION DE ACCIONES DE MANTENIMIENTO**

Ante la declaratoria del Estado de Emergencia Nacional a consecuencia del brote del COVID-19 emitida mediante Decreto Supremo N° 044-2020-PCM y sus posteriores prorrogas, así como la Emergencia Sanitaria declarada mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA, y prorroga a través del Decreto Supremo N° 020-2020-SA, entendiendo que la Entidad, a fin de salvaguardar la salud de sus colaboradores, debe tomar las medidas que eviten el contagio, así como determinar los grupos de riesgo, declaro bajo juramento de manera voluntaria la siguiente información de salud:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos |  |
| DNI |  | Edad |  |
| Dirección |  |
| Número de celular |  |
| Correo electrónico |  |
| Trabajo a realizar |  |
| Fecha y horario de labores |  |

Declaro bajo juramento de manera voluntaria que he tenido los siguientes signos o síntomas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tos recurrente o espontanea hoy o en días previos (3 días antes) | SI | NO |
| Escalofrió recurrente o espontaneo hoy o en días previos (3 días antes) | SI | NO |
| Dolor de garganta recurrente o espontaneo hoy o en días previos (3 días antes) | SI | NO |
| Dolor corporal o malestar general recurrente o espontaneo hoy o en días previos (3 días antes) | SI | NO |
| Dolor de cabeza recurrente o espontaneo hoy o en días previos (3 días antes) | SI | NO |
| Fiebre mayor a 38°C, recurrente o espontaneo hoy o en días previos (3 días antes) | SI | NO |
| Expectoración o flema amarilla o verdosa (3 días antes) | SI | NO |
| Dificultad para respirar como si no entrara aire a mis pulmones de manera recurrente o espontanea hoy o en días previos (3 días antes) | SI | NO |
| Fatiga o real deterioro de mis movimientos y mis ganas de hacer algo, siendo recurrente o espontaneo hoy o en días previos (3 días antes) | SI | NO |
| He salido de mi domicilio para hacer compras en lugares donde hubo mucha concentración de personas (mercado, supermercados, etc.)* Detallar nombre y lugar:
 | SI | NO |
| He sido diagnosticado con COVID-19 | SI | NO |
| Tengo familiares que viven en el mismo domicilio y han sido diagnosticado o actualmente tienen COVID-19 | SI | NO |
| He cuidado o estado en contacto con paciente positivo de COVID-19 | SI | NO |
| He tomado alguna medicación (3 días antes)* Detallar:
 | SI | NO |

De acuerdo a lo indicado, declaro que no me encuentro en los grupos de riesgo ni he experimentado sintomatología COVID-19 en los últimos tres (03) días.

Lugar y fecha:

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_