

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA



PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID - 19

2021



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
ORGANO DESCONCENTRADO DE SALUD PUBLICA
M.C. Diana E. Cruz Quintanilla
Jefe de Salud Publica

INDICE

I. DATOS DE LA ENTIDAD PÚBLICA.....	2
II. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO	2
III. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES.....	4
IV. NOMINA DE TRABAJADORES POR RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID -19 NIVELES DE RIESGO DE LOS PUESTOS DE TRABAJO.....	6
V. RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN.....	6
VI. PRESUPUESTO Y PROCESO DE ADQUISIÓN DE INSUMOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN.....	7
VII. PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS PARA REINCORPORACIÓN Y REGRESO AL TRABAJO.....	8
1. FLUJOGRAMA PARA EL REGRESO AL TRABAJO.....	10
2. FLUJOGRAMA PARA PARA LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO.....	11
VIII. LISTA DE CHEQUEO (CHECK LIST) DE VIGILANCIA.....	12
IX. DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL CÓMITE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.....	13



Handwritten signature in black ink.

Handwritten signature in blue ink.

Municipalidad Provincial del Santa
Órgano Desconcentrado de Salud Pública
M.C. [Handwritten Signature]
CAMP. 6395
JEFE DE SALUD PÚBLICA

I. DATOS DE LA ENTIDAD PÚBLICA

RAZON SOCIAL	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
RUC	20163065330
DIRECCION	JR.ENRIQUE PALACIOS N°343
DISTRITO	CHIMBOTE
PROVINCIA	SANTA
DEPARTAMENTO	ANCASH
TELEFONO	043-321331



II. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO.

La Municipalidad Provincial del Santa mantiene las siguientes sedes:

DISTRITO	ANEXOS DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
CHIMBOTE	PALACIO MUNICIPAL
CHIMBOTE	TALLER MUNICIPAL
CHIMBOTE	TERMINAL TERRESTRE
CHIMBOTE	POLICIA MUNICIPAL
CHIMBOTE	ALMACEN MUNICIPAL
CHIMBOTE	MERCADO DE PECES
CHIMBOTE	ESTADIO CENTENARIO
CHIMBOTE	ORGANO DESCONCENTRADO DE SALUD PÚBLICA
CHIMBOTE	MUELLE MUNICIPAL
CHIMBOTE	COPROSEC
CHIMBOTE	BIBLIOTECA MUNICIPAL
CHIMBOTE	CASA DE LA JUVENTUD
CHIMBOTE	CAMAL MUNICIPAL
CHIMBOTE	LOCAL DE REJAS
NUEVO CHIMBOTE	CASA REFUGIO DE LA MUJER
NUEVO CHIMBOTE	PROGRAMA DE COMPLEMENTACION ALIMENTARIA (PCA)

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
 MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
 ORGANISMO DESCONCENTRADO DE SALUD PÚBLICA
 JEFE DE SALUD PÚBLICA

III. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El Equipo Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo, está conformado por el siguiente equipo técnico:

NÓMINA DE PROFESIONALES DE SALUD									
TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PROFESIÓN	NUMERO DE COLEGIATURA	CORREO	CELLAR	CENTRO DE TRABAJO
DNI	47469691	Fiorella Gabrielle Miranda Orendo	24/10/1992	27	Abogada	C.A.S N° 3393	fmirandaorendo@gmail.com	978608047	Abogada de la Gerencia de Recursos Humanos - IAPS
DNI	44346224	Katherina Alexandra Estupiñán Aspíllaga	30/03/1987	33	Médico Cirujano Ocupacional	61324	katherine_aea@hotmail.com	991176575	Médico Asistencia I - Centro Médico Municipal NPS
DNI	70268676	Nany Graciela Marquez Cueva	14/02/1992	29	Licenciada en Enfermería	86173	nanymg.1402@hotmail.com	943000858	
DNI	73300324	Gallo Arica Randy Luis	18/08/1996	23	Ingeniero Industrial	237352	Randygall.18@gmail.com	944800569	Encargado de Control de Calidad del Programa



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



3

[Handwritten signature]

									de Comple entación Alimentari a - MPS
DNI	44616673	Liliagros Daniela Huanilo Solórzano	06/10/1987	33	Licenciada en E.fermeria (Bienestar Social)	66452	santa ana.sac@ hctmail.com	990796237	Asistenta Social de Bienestar Social


 GOBIERNO REGIONAL DE SANTA ANA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PÚBLICA
 Jefe de Salud Pública
 [Signature]
 AL SEÑOR
 G.M.P. 03050
 Vrite



4



I. NÓMINA DE TRABAJADORES POR RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID -19

Los puestos de trabajo con riesgo de exposición a SARS-Cov-2 (COVID-19), son aquellos puestos con diferente nivel de riesgo que dependen del tipo de actividad que realiza; para ello se ha considerado a todos los/las trabajadores/as en las diversas modalidades de Contrato.

Nº	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	REGIMEN	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO
1						



MODALIDAD DE TRABAJO (Presencial/teletrabajo/trabajo remoto)	FACTOR DE RIESGO (Comorbilidad SI/NO)	PUESTO DE TRABAJO	NIVEL DE RIESGO PARA COVID-19	REINICIO DE ACTIVIDADES (Reingreso/Reincorporación)	FECHA DE REINICIO DE ACTIVIDADES

II. RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO EN EL PLAN

En base al contenido del presente plan, se detallan las siguientes responsabilidades a ejecutarse para su cumplimiento:

ACCIÓN	RESPONSABILIDAD	RESPONSABLE
Gestión	Disponer medidas para supervisar la debida ejecución del Plan.	Alta Dirección
	Aprobar el plan para su registro en el Sistema Integrado para COVID-19 (SISCOVID)	Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo
Vigilancia y control	Hacer cumplir los lineamientos indicados en el presente plan	Jefes de Oficina
	Asesorar y velar el cumplimiento del presente plan	Gerencia de Recursos Humanos
	Conocer los lineamientos del plan para adaptarlo y ejecutarlo en la Municipalidad Provincial del Santa	Equipo Funcional y el Comité de Seguridad Salud en el Trabajo
	Hacer seguimiento de la ejecución del presente plan en la Municipalidad Provincial del Santa	Equipo Funcional y el Comité de Seguridad Salud en el Trabajo
	Verificar el efectivo cumplimiento del Plan en la Entidad, formulando a la Alta Dirección las recomendaciones que fueren necesarias al efecto.	Equipo Funcional y el Comité de Seguridad Salud en el Trabajo



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
 ORGANO DESONORIFICATIVO DE SALUD PUBLICA
 M.C. Daniel E. Cruz E. Jefe de Salud Pública
 C.M.P. 63050

Implementación	Cumplir y cooperar con lo dispuesto en el presente plan.	Trabajadores/as
Monitoreo	Inspeccionar la ejecución de los lineamientos del presente plan	Equipo Funcional y el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
 ORGANISMO DE CONCENTRACION DE SALUD PUBLICA
 Jefe de Salud Pública

OFICINA DE GESTION DE RIESGOS
 MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
 CHIMBOTE

SECRETARIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
 M.P.S. SYZANA

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
 GERENCIA RECURSOS HUMANOS
 CHIMBOTE

VII. PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS PARA REINCORPORACION Y REGRESO AL TRABAJO

1. CONSIDERACIÓN PARA EL REGRESO AL TRABAJO

Se establece el proceso de regreso al trabajo, orientado a los trabajadores que estuvieron en cuarentena social y que no presentaron sintomatología de la COVID – 19, ni son actualmente caso sospecho ni confirmado de COVID – 19. En este caso el regreso es automático.

2. CONSIDERACIONES PARA LA REINCORPORACION AL TRABAJO

Se establece el proceso de reincorporación al trabajo orientado a los trabajadores que cuentan con alta epidemiológica del COVID – 19 emitido por el Ministerio de Salud, IAFAS, EPS, médico tratante o médico ocupacional, a través del formato de alta de la ficha F300 del SISCOVID-19, luego de haber tenido un diagnóstico de un caso sospechoso, probable o confirmado de la COVID-19 o de haber sido contacto directo de un caso y cumplido el aislamiento respectivo.



- En el caso de pacientes asintomáticos con diagnóstico probable de la COVID-19, el alta se dará 14 días después de la prueba confirmada positiva. No se requiere nueva prueba molecular para emitir el alta del paciente.

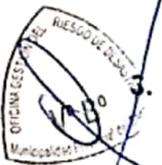
- En el caso de pacientes asintomáticos con diagnóstico probable de la COVID-19, el alta se dará 14 días después del inicio de síntomas, se debe tener en cuenta que este periodo puede extenderse excepcionalmente, según evaluación del médico tratante debidamente certificada. En el caso de pacientes sintomáticos sin prueba confirmada, el alta se dará 14 días después del inicio de los síntomas.

- En el caso de pacientes moderados o graves (hospitalizados), con diagnóstico confirmado de la COVID-19, el alta lo establece el médico tratante, su reincorporación se realiza de acuerdo a la evaluación realizada por el área de Seguridad y Salud en el trabajo de acuerdo a las normas vigentes.

El personal que se reincorpora al trabajo es evaluado con el fin de determinar su estado de salud previo al reinicio de sus labores. Esta evaluación no requiere pruebas de laboratorio para la COVID-19.

CONSIDERACIONES PARA LA REVISION Y REFORZAMIENTO DE CAPACIDADES A TRABAJADORES EN PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO CON RIESGO CRITICO SEGUN PUESTO DE TRABAJO

Aquellos puestos con actividades que impliquen una probabilidad elevada de generar una causa directa de daño a la salud del trabajador, como consecuencia de haber dejado de laborar durante el periodo de aislamiento social obligatorio (cuarentena), el empleador



Handwritten signature and stamp of the Provincial Health Directorate (Dirección Provincial de Salud) of the Municipality of Guayaquil.

deberá brindar la revisión, actualización o reforzamiento de los procedimientos técnicos que realizaba el trabajador antes de la cuarentena; esta actividad puede ser presencial o virtual según corresponda, dirigida a las funciones y riesgos del puesto y, de ser el caso, reforzar la capacitación en el uso de los equipos y/o herramientas peligrosas que utilice para realizar su función. Esta medida solo es aplicable para los trabajadores con dichas características que se encuentran en el proceso de regreso y reincorporación al trabajo, según indicación del responsable de la vigilancia de la salud de los trabajadores.



CONSIDERACIONES PARA EL REGRESO O REINCORPORACION AL TRABAJO DE TRABAJADORES CON FACTORES DE RIESGO PARA COVID – 19



a. La información clínica (antecedentes y/o informes médicos o data medica) deben ser valorados por el medico a cargo de la vigilancia de la salud de los trabajadores, para precisar el estado de salud y riesgo laboral individual de cada trabajador, a fin de determinar la modalidad de trabajo (remoto, semipresencial o presencial), de los trabajadores con factores de riesgo.



b. Las personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos, deben realizar prioritariamente trabajo remoto:

- Edad mayor a 65 años
- Hipertensión arterial refractaria
- Enfermedades cardiovasculares graves
- Cáncer
- Diabetes mellitus
- Asma Moderada o Grave
- Enfermedad Pulmonar cronica
- Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Hemodiálisis
- Enfermedad o tratamiento inmunosupresor
- Obesidad con IMC de 40 a más

c. los trabajadores con algun factor de riesgo, cuyas labores sean de alto o muy alto riesgo de exposición, que soliciten regresar o reincorporarse, deben pasar por una evaluación individualizada por el medico ocupacional, luego de la cual el trabajador firmara un acta en la que se deja constancia de haber recibido información de todos los riesgos que implica su regreso o reincorporación.

d. En el caso de trabajadoras que se encuentren en estado de gestación y presenten alguna intercurrencia durante el embarazo, el medico ocupacional determina si puede permanecer o no en el trabajo. Debiendo cautelar la salud y vida de la trabajadora y de la culminación

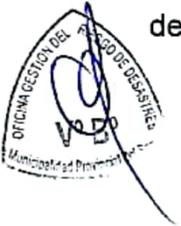


satisfactoria de su embarazo.

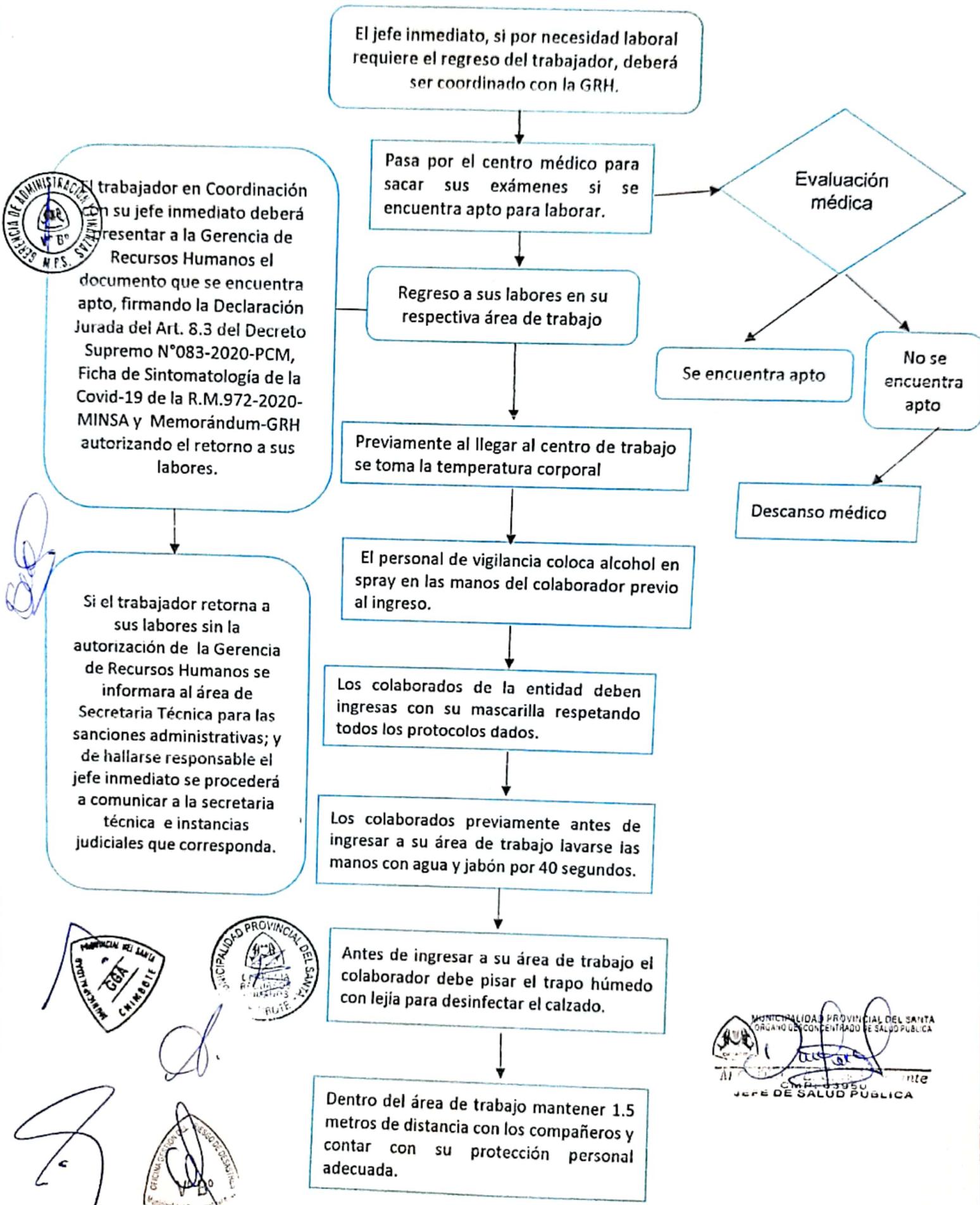
e. Aquellos trabajadores con factores de riesgo que hayan superado la enfermedad COVID - 19 y deseen reanudar sus actividades podrán hacerlo aplicando todas las medidas de protección y de higiene descritas en el presente documento siempre y cuando el medico a cargo de la vigilancia de la salud de los trabajadores lo apruebe o hasta tener nueva información.

5. ATENCIÓN DE TRABAJADORES DE LA SALUD.

En el contexto de la actual Pandemia de COVID-19, es necesario fortalecer las medidas de prevención y priorizar la detección oportuna de la COVID-19 en los trabajadores de la salud. Para ello deben evaluarse los antecedentes clínico-epidemiológicos y de acuerdo al criterio del médico tratante, aplicar las medidas de diagnóstico y tratamiento que sean necesarias.



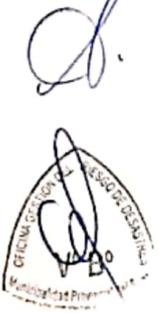
FLUJOGRAMA PARA EL REGRESO AL TRABAJO



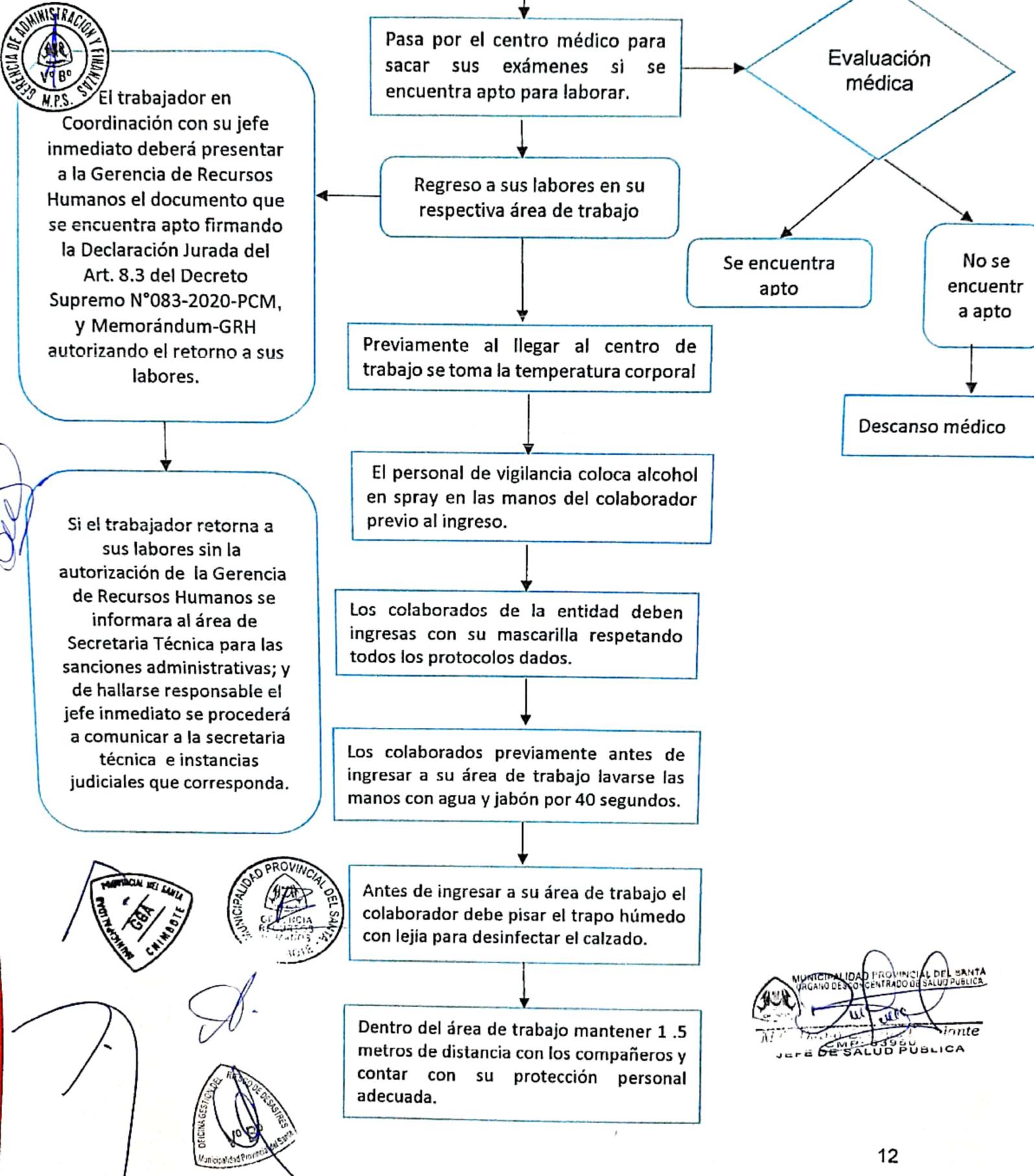
[Handwritten signature]

El trabajador en Coordinación con su jefe inmediato deberá presentar a la Gerencia de Recursos Humanos el documento que se encuentra apto, firmando la Declaración Jurada del Art. 8.3 del Decreto Supremo N°083-2020-PCM, Ficha de Sintomatología de la Covid-19 de la R.M.972-2020-MINSA y Memorándum-GRH autorizando el retorno a sus labores.

Si el trabajador retorna a sus labores sin la autorización de la Gerencia de Recursos Humanos se informara al área de Secretaria Técnica para las sanciones administrativas; y de hallarse responsable el jefe inmediato se procederá a comunicar a la secretaria técnica e instancias judiciales que corresponda.



FLUJOGRAMA PARA LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO



VIII. LISTA DE CHEQUEO (CHECK LIST) VIGILANCIA

ELEMENTO	CUMPLE (SI/No)	DETALLES / PENDIENTES/ POR MEJORAR
Limpieza del Centro de Labores (DETALLAR ESPACIOS)		
Desinfección del Centro de Labores (DETALLAR ESPACIOS)		
Se Evalúa la condición de salud de todos los trabajadores periódicamente		
1. Toma de Temperatura diaria en forma aleatoria		
2. Ficha de Sintomatología de la COVID-19		
3. Aplicación de pruebas serológicas cuando lo ameriten		
CASOS SOSPECHOSOS		
Aplicación de la Ficha epidemiológica de la COVID-19 establecida por MINSA a todos los casos sospechosos en trabajadores de bajo riesgo		
Identificación de contactos en casos sospechosos.		
Se comunica a la autoridad de salud de su jurisdicción o EPS para el seguimiento de casos correspondiente		
Se realiza seguimiento Clínico a distancia diariamente al trabajador identificado como sospechoso		
MEDIDAS DE HIGIENE		
Se aseguran los puntos de lavado de manos con agua potable, jabón líquido o jabón infectante y papel toalla		
Se aseguran puntos de alcohol para la desinfección de manos		
Se ubica un punto de lavado o de dispensador de alcohol en el ingreso del centro de trabajo		
Los trabajadores proceden al lavado de manos previo al inicio de sus actividades laborales		
Se colocan carteles en las partes superiores de los puntos de lavado para la ejecución adecuada del método de lavado correcto o el uso de alcohol para la higiene de manos		
SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO		
Se difunde información sobre coronavirus y medios de protección laboral en lugares visibles.		
Se difunde la importancia del lavado de manos, toser o estornudar cubriéndose la boca con la flexura del codo, no tocarse el rostro, entre otras prácticas de higiene		
Todos los trabajadores utilizan mascarilla de acuerdo al nivel de riesgo del puesto de trabajo.		
Se facilitan medios para responder las inquietudes de los trabajadores respecto a la COVID-19		
MEDIDAS PREVENTIVAS		
Ambientes adecuadamente ventilados		
Se cumple con el distanciamiento social de 1 metro entre trabajadores, además del uso permanente de protector respiratorio, mascarilla quirúrgica o comunitaria según corresponda		
Existen medidas de protección a los trabajadores en puestos de atención al cliente, mediante el empleo de barreras físicas		
Se evita las conglomeraciones durante el ingreso y la salida del centro de trabajo		
Se establecen puntos estratégicos para el acopio y entrega de EPP		
Se entrega EPP de acuerdo al riesgo del puesto de trabajo		
El trabajador utiliza correctamente el EPP		
Medidas Preventivas Colectivas (Ejemplo: Talleres Online sobre Primeros Auxilios psicológicos, apoyo emocional, Difusión de información sobre la COVID-19)		
VIGILANCIA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR		
Se controla la temperatura corporal de cada trabajador		
Se indica evaluación médica de síntomas a todo trabajador que presente Temperatura corporal mayor a 38.0°C		
Se consideran medidas de salud mental (especificar)		
Se registra en el SICOVID a todos los trabajadores que pasen por una prueba de la COVID-19		
Se les otorga aislamiento domiciliario cubierto por descanso médico por un tiempo no menor a 14 días a aquellos trabajadores diagnosticados con la COVID-19		
Se les otorga licencia por un tiempo de 14 días a aquellos trabajadores que por haber		



[Handwritten signature]

ELEMENTO	CUMPLE (SI/No)	DETALLES / PENDIENTES/ POR MEJORAR
presentado síntomas o haber estado en contacto con un caso positivo de la COVID-19 cumplen cuarentena		



[Handwritten signature]



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
ORGANO DESCONCENTRADO DE SALUD PUBLICA
[Handwritten signature]
JEFE DE SALUD PUBLICA

IX. DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Municipalidad Provincial del Santa, realizará de forma virtual una reunión en la cual se emitirá el acta correspondiente donde indicara la aprobación del presente plan.

Posteriormente se enviara mediante el correo, el presente Plan en el Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud.



[Handwritten signature]
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS
Abog. Maribel Sonia Paredes Mejía
GERENTE
CAS N° 542

[Handwritten signature]
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
ORGANO DESCENTRALIZADO DE SALUD PUBLICA
CMP: 63956
JEFE DE SALUD PUBLICA

COMITE CENTRAL DE SEGURIDAD
Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LA
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
[Handwritten signature]
Bach. T.S. Lucia Camacho León
PRESIDENTA

[Handwritten signature]
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
GERENCIA DE ADMINISTRACION
GGA
CHIMBOTE

[Handwritten signature]
TUPAC SANCHEZ JEFES PASCAL
32811579

OFICINA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES
[Handwritten signature]

ANEXO 1: INSPECCIÓN DE LA LIMPIEZA Y VERIFICACIÓN EN LAS ÁREAS DE TRABAJO

INSPECCIÓN DE LA LIMPIEZA Y VERIFICACIÓN							
Fecha	Hora	Área a Inspeccionar	Criterios diarios a evaluar				Observaciones
			Responsable del área	SSHH	Máquinas y equipos	Nombre y firma	



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA
 ÓRGANO DESCONCENTRADO DE SALUD PÚBLICA
 C.M.B. - 6155
 JEFE DE SALUD PÚBLICA



ANEXO 2: FICHA DE SINTOMATOLOGIA COVID-19

Ficha de sintomatología
 COVID-19 Para Regreso al
 Trabajo
 Declaración Jurada

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

Municipalidad Provincial del
 Santa:

RUC:

Apellidos y nombres

Área de trabajo

DNI

Dirección

Número
 (celular)

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los
 síntomas siguientes:

1. Sensación de alza térmica o fiebre
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19
5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):

SI NO

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Fecha: / /

Firma



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

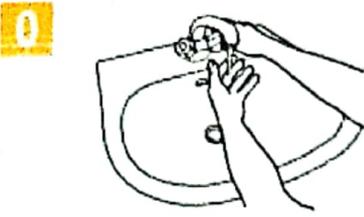


[Handwritten signature]

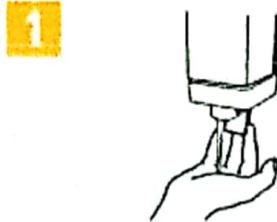


ANEXO 3: PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE MANOS

0 Duración de todo el procedimiento: **40-60 segundos**



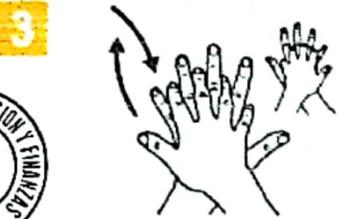
Mójese las manos con agua;



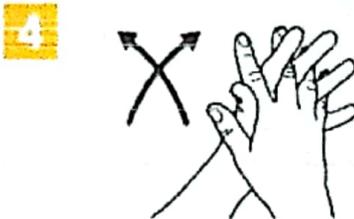
Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



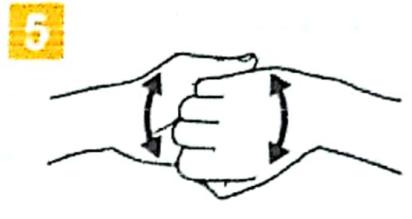
Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



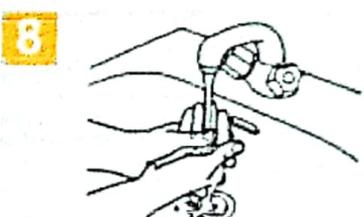
Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



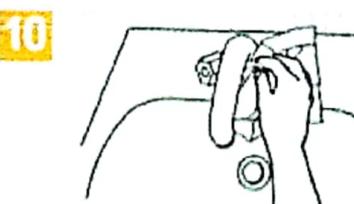
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Enjuáguese las manos con agua;



Séquese con una toalla desechable;



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;



Sus manos son seguras.



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

ANEXO 4: FORMATO DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL



EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					
	MASCARILLA QUIRURGICA /MASCARILLA REUSABLE	RESPIRADOR N95 QUIRÚRGICO	GAFAS DE PROTECCIÓN	GUANTES PARA PROTECCIÓN BIOLÓGICA	TRAJE PARA PROTECCIÓN BIOLÓGICA
N.R. ALTO		X	X	X	X
N.R. MEDIANO	X				
N.R. BAJO	X				



[Handwritten signature]



[Large handwritten signature]

Anexo 5: LISTA DE CHEQUEO DE VIGILANCIA – COVID – 19

ELEMENTO	CUMPLE (SI/No)	DETALLES / PENDIENTES/ POR MEJORAR
Limpieza del Centro de Labores (DETALLAR ESPACIOS)		
Desinfección del Centro de Labores (DETALLAR ESPACIOS)		
Se Evalúa la condición de salud de todos los trabajadores periódicamente		
1. Toma de Temperatura diaria en forma aleatoria		
2. Ficha de Sintomatología de la COVID-19		
3. Aplicación de pruebas serológicas cuando lo ameriten		
CASOS SOSPECHOSOS		
Aplicación de la Ficha epidemiológica de la COVID-19 establecida por MINSA a todos los casos sospechosos en trabajadores de bajo riesgo		
Identificación de contactos en casos sospechosos.		
Se comunica a la autoridad de salud de su jurisdicción o EPS para el seguimiento de casos correspondiente		
Se realiza seguimiento Clínico a distancia diariamente al trabajador identificado como sospechoso		
MEDIDAS DE HIGIENE		
Se aseguran los puntos de lavado de manos con agua potable, jabón líquido o jabón desinfectante y papel toalla		
Se aseguran puntos de alcohol para la desinfección de manos		
Se ubica un punto de lavado o de dispensador de alcohol en el ingreso del centro de trabajo		
Los trabajadores proceden al lavado de manos previo al inicio de sus actividades laborales		
Se colocan carteles en las partes superiores de los puntos de lavado para la ejecución adecuada del método de lavado correcto o el uso de alcohol para la higiene de manos		
SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO		
Se difunde información sobre coronavirus y medios de protección laboral en lugares visibles.		
Se difunde la importancia del lavado de manos, toser o estornudar cubriéndose la boca con la flexura del codo, no tocarse el rostro, entre otras prácticas de higiene.		
Todos los trabajadores utilizan mascarilla de acuerdo al nivel de riesgo del puesto de trabajo.		
Se facilitan medios para responder las inquietudes de los trabajadores respecto a la COVID-19.		
MEDIDAS PREVENTIVAS		
Ambientes adecuadamente ventilados		
Se cumple con el distanciamiento social de 1 metro entre trabajadores, además del uso permanente de protector respiratorio, mascarilla quirúrgica o comunitaria según corresponda		
Existen medidas de protección a los trabajadores en puestos de atención al cliente, mediante el empleo de barreras físicas.		
Se evita las conglomeraciones durante el ingreso y la salida del centro de trabajo		
Se establecen puntos estratégicos para el acopio y entrega de EPP		
Se entrega EPP de acuerdo al riesgo del puesto de trabajo		
El trabajador utiliza correctamente el EPP		
Medidas Preventivas Colectivas (Ejemplo Talleres Online sobre Primeros Auxilios psicológicos, apoyo emocional, Difusión de Información sobre la COVID-19)		
VIGILANCIA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR		
Se controla la temperatura corporal de cada trabajador		
Se indica evaluación médica de síntomas a todo trabajador que presente Temperatura corporal mayor a 38.0°C		
Se consideran medidas de salud mental (especificar)		
Se registra en el SiCOVID a todos los trabajadores que pasen por una prueba de la COVID-19.		
Se les otorga aislamiento domiciliario cubierto por descanso médico por un tiempo no menor a 14 días a aquellos trabajadores diagnosticados con la COVID-19		
Se les otorga licencia por un tiempo de 14 días a aquellos trabajadores que por haber		



Handwritten signature

ELEMENTO	CUMPLE (SI/No)	DETALLES / PENDIENTES/ POR MEJORAR
presentado síntomas o haber estado en contacto con un caso positivo de la COVID-19 cumplen cuarentena.		

Handwritten signature



FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA

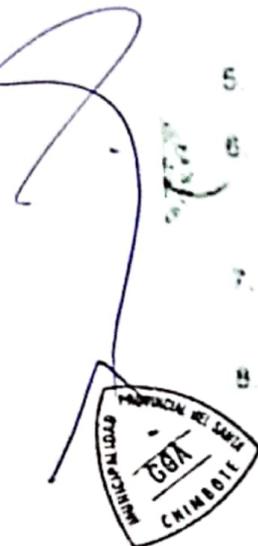
(Base legal: Artículo 8.3 del Decreto Supremo N° 083-2020-PCM)

Mediante el presente documento, yo, [] (indicar nombres y apellidos completos), identificado con Documento Nacional de Identidad N° [], domicilio en [], teléfono fijo [], celular [], correo electrónico [], declaro lo siguiente:

- 1 Soy trabajadora de la empresa [] (indicar razón social de la empresa), identificada con Registro Único de Contribuyente N° [] en la que actualmente ocupo el cargo/puesto de [] realizando las siguientes funciones []
- 2 Estoy enterada y tengo pleno conocimiento que formo parte integrante del grupo con factores de riesgo para COVID-19, conforme a lo establecido en las normas sanitarias emitidas por la Autoridad Nacional Sanitaria
- 3 Cuento con el certificado de aptitud de mi estado de salud validado por el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/las trabajadores/as o quien haga sus veces en el centro de labores de la empresa o entidad, el que deja expresa constancia que me encuentro APTO para la prestación de labores presencial a favor de la empresa.
- 4 Asimismo, el empleador y/o el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/las trabajadores/as o quien haga sus veces me ha informado que la realización de labores presencial que me asignen no incrementa mi exposición a riesgo
- 5 Voluntariamente deseo concurrir a trabajar a mi centro de labores.
- 6 Mi empleadora me ha informado sobre la identificación del peligro, la valoración del riesgo y la aplicación de jerarquía de controles sobre mi puesto de trabajo ante el riesgo de contagio por COVID-19
- 7 Mi empleadora me ha informado y remitido información sobre las medidas preventivas que se han tomado en el centro de trabajo y en mi puesto
- 8 Mi empleador me ha informado de los signos y síntomas característicos del SARS CoV2-COVID19 señalados en el ANEXO 2 del Documento Técnico "Lineamientos para vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID19" contenido en la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA que a la fecha del retorno al trabajo no presento
- 9 Mi empleadora me ha informado que cumple la Ley N° 29783 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y modificatorias, su Reglamento y modificatorias, las disposiciones legales emitidas para la vigilancia, prevención y control del COVID-19, según la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y modificatorias, y las demás normas sanitarias que emita la Autoridad Nacional Sanitaria.



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



10. Mi empleadora me ha informado que garantiza la entrega, capacitación sobre su uso adecuado, conservación y eliminación de los equipos de protección personal requeridos para mi cargo/buena de trabajo.

Firmado en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ de 2020.



Nombre completo y firma del trabajador/a



El/la representante legal de la empresa y el/la médico responsable de la vigilancia de la salud o quien haga sus veces en el centro de labores de la empresa firman la presente declaración jurada en señal de conformidad y veracidad de la información declarada por el/la trabajador/a.

Nombre completo y firma del representante legal

Nombre completo, firma y sello del médico responsable
o quien haga sus veces que autoriza

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



ANEXO 8:

- 1) Nomina en Excel de Trabajadores 728
- 2) Nomina en Excel de Trabajadores 728
- 3) Nomina en Excel de Trabajadores 728
- 4) Nomina en Excel de Trabajadores 728
- 5) Nomina en Excel de Trabajadores 276
- 6) Nomina en Excel de Trabajadores 1057



Dr. Wilder Cáruejulca Quispe
GERENTE

Arzobispo y Gueza
3279497

SGS



COMITÉ CENTRAL DE SEGURIDAD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA CRUZ
Lucia Camacho León
Bach. T.S. Lucia Camacho León
PRESIDENTA

