	PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA COVID-19 EN PETROPERÚ	PLAN Versión : v.4 Página : -
	PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A.	

ANEXO 03 - DECLARACIÓN JURADA ELECTRÓNICA DE SALUD COVID-19

PASO 1: INGRESAR:

<https://permisos.petroperu.com.pe/Aplicativos/permiso/index.php>

Si debes ingresar a una instalación de PETROPERÚ, será requerido generar esta declaración jurada electrónica de salud, en la cual se constata que no cuentas con alguna sintomatología del coronavirus COVID-19. Esta declaración jurada será presentada junto a tu documento de identidad y fotocheck, al ingreso de la instalación de manera impresa o electrónica (esta última opción sólo para edificios administrativos), además, tendrá una vigencia de siete días calendario que luego podrás renovar en caso de ser requerido

Ingresa tus datos para iniciar tu solicitud

Tipo de Pase:

☒ Personal de PETROPERÚ
 ☐ Personal contratista, subcontratista, concesionario o inquilino
 ☐ Visitante o Proveedor
 ☐ Cliente comercial

Tipo de Documento:

DNI

Número de Documento:

Continuar

PASO 2: Completar los datos requeridos y solicitar constancia.

Declaración.

☒ Yo, DECLARO BAJO JURAMENTO, que la siguiente información personal (datos personales, antecedentes de salud y viaje¹) proporcionada a PETROPERÚ, es veraz en todo su contenido. En caso de no resultar cierta, me someteré a lo dispuesto en las normas legales vigentes. Asimismo, me comprometo a cumplir con los lineamientos² establecidos por PETROPERÚ para la Prevención, vigilancia y control del Coronavirus COVID-19 en las instalaciones de la Empresa y a reportar de manera inmediata cualquier cambio en la información declarada. De presentar algún síntoma respiratorio declaro que he sido informado que quedo exonerado de asistir a laborar y debo reportar dicha situación de inmediato a mi Jefe y/o Servicios Médicos, para las acciones correspondientes.

Al amparo de la Ley General de Salud – Ley N° 26842, Ley de Protección de Datos Personales – Ley N° 29733, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública – Ley N° 27806, Código Civil Vigente y demás normas aplicables, autorizo mi expreso, libre, previo, informado e inequívoco consentimiento de la información que estoy declarando, la misma que deberá mantener la confidencialidad que el caso amerita.


¹ Hacemos presente que esta autorización y consentimiento no permite que los datos sensibles antes mencionados sean usados o tratados para otro tipo de propósito administrativo, comercial, etc. más allá de la comunicación específica a las entidades de salud y para los fines de prevención correspondientes.


² La inobservancia a estos Lineamientos constituye una falta laboral que será sancionada de acuerdo al Reglamento Interno de Trabajo de PETROPERÚ.

Solicitar Constancia

PASO 3: Declaración jurada es enviada a correo electrónico, así también, el sistema permite imprimirla directamente.

Elaborado	Revisión 1	Revisión 2	Aprobado
ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERÚ S.A. No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERÚ S.A.			Fecha:

	PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA COVID-19 EN PETROPERÚ	PLAN Versión : v.4 Página : -
	PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A.	



CONSTANCIA DE DECLARACIÓN JURADA ELECTRÓNICA DE SALUD COVID-19

GUAYLUPO LIZANO, JUAN CARLOS DANIEL

DNI: 45595993

VALIDEZ: 02/11/2021 - 16/11/2021


TRABAJADOR DE PETROPERÚ
GERENCIA QHSSE / GERENCIA DPTO. QHSSE REFINACION

APTO PARA INGRESAR A:

- Oficina Principal, Av. Carnaval Moreyra 150, San Isidro, Lima - Lima
- Refinería Conchán, Panamericana Sur km 26,5 - Lurín
- Planta de Ventas Conchán, Carretera Panamericana Sur km 26,5, Lurín - Lima

PRESENTA ESTA CONSTANCIA AL PERSONAL DE VIGILANCIA EN EL INGRESO DE LA INSTALACIÓN, DESDE TU CELULAR O EN FORMA IMPRESA JUNTO A TU FOTOCHECK.

RECUERDA QUE DEBES ESTAR AUTORIZADO POR TU GERENCIA NIVEL 2 Y LA GERENCIA GESTIÓN DE PERSONAS PARA ACCEDER A LAS INSTALACIONES. ASIMISMO, ES NECESARIO QUE CUMPLAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA EL COVID-19, DETALLADAS EN EL PLAN DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL COVID-19 DE PETROPERÚ.



PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A.

PASO 4: En caso sea observada su declaración jurada, deberá comunicarse con Servicios Médicos de su sede.

Elaborado	Revisión 1	Revisión 2	Aprobado
ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERÚ S.A. No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERÚ S.A.			Fecha:

VERSIÓN IMPRESA DE DECLARACIÓN JURADA DE SALUD COVID-19 - CONTRATISTAS

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD POR COVID – 19
PARA CONTRATISTAS

FECHA: ____/____/____
 PESO: ____ KG.
 TALLA: ____ MTS.

Nombre de Contratista: _____
 Nombre de Subcontratista: _____
 Nombre del Trabajador: _____ Edad: _____
 Documento de identidad: _____ Celular: _____

AGRADECERÍAMOS RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. Marque con una X si actualmente presenta algunos de los síntomas mencionados:

Sintomatología respiratoria	Presenta	
¿Presenta Tos?	SI	NO
¿Presenta Dolor muscular, articular, abdominal, pecho, cabeza?	SI	NO
¿Presenta Dificultad Respiratoria, Disnea (sensación de falta de aire)?	SI	NO
¿Presenta malestar general?	SI	NO
¿Presenta estornudos?	SI	NO
¿Presenta dolor de garganta?	SI	NO
¿Presenta secreciones nasales?	SI	NO
¿Presenta fiebre o escalofríos?	SI	NO
¿Presenta Náusea / vómito / diarrea?	SI	NO

Si hay otro síntoma que llame su atención. Especificar: _____

2. Marque con una X, según corresponda:

¿Ha tomado o está tomando algún medicamento antiviral o antibiótico para algún proceso respiratorio en los últimos 14 días?	SI	NO
¿Ha acudido a algún médico por alguna sintomatología respiratoria en los últimos 14 días?	SI	NO
¿Se ha vacunado contra la influenza en los últimos 12 meses?	SI	NO
¿Se ha vacunado contra la neumonía (neumococo) en los últimos 12 meses?	SI	NO

3. En caso haya viajado en los últimos 14 días (fuera de la ciudad), coloque las fechas de sus viajes (día de partida y día de regreso):

Si ☐ ; Por favor indique las fechas de su viaje:

	Lugar de Viaje	Fecha de Ida	Fecha de Retorno
1			
2			
3			

No ☐

4. En los últimos 14 días ¿Estuvo en contacto cercano con alguna persona con sintomatología respiratoria (tos, dificultad para respirar, estornudos, fiebre)? Marque según corresponda:

☐ Entorno familiar
☐ Entorno de salud
 Otros, especifique: _____

☐ Entorno laboral
☐ Durante viaje
☐ No tuvo contacto con sintomático respiratorio

Si la respuesta es sí; indique fecha aproximada del contacto: _____

Elaborado	Revisión 1	Revisión 2	Aprobado

ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERÚ S.A.
 No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERÚ S.A.

Fecha:



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

PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A.

PLAN
Versión : v.4
Página : -

5. En los últimos 14 días ¿Estuvo en contacto cercano con alguna persona que sea caso confirmado o sospechoso de coronavirus? Marque según corresponda:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entorno familiar | <input type="checkbox"/> Entorno laboral |
| <input type="checkbox"/> Entorno de salud | <input type="checkbox"/> Durante viaje |
| <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ | <input type="checkbox"/> No tuvo contacto con sintomático respiratorio |

Si la respuesta es sí; indique fecha aproximada del contacto: _____

6. ¿Acudió algún establecimiento de salud en los últimos 14 días? Si la respuesta es sí, menciona el establecimiento de salud, motivo y fecha de la visita.

- ☐ No
☐ Si

Indique establecimiento de salud: _____

Motivo: _____

Fecha: _____

7. Condiciones de Comorbilidad:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Gestación | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (riñón) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (corazón) | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica (asma, bronquitis) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (hígado) | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Alteración del sistema inmune (defensas) |

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, identificado con DNI N° _____, con Teléfono Celular N° _____, domicilio real en _____, distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____, DECLARO BAJO JURAMENTO, que la siguiente información personal (datos personales, antecedentes de viaje y estado actual de salud) proporcionado a la empresa _____, es veraz en todo su contenido. En caso de no resultar cierta, acepto estar incurriendo en el Delito de Falsedad y, conforme a lo establecido por el Código Penal, seré denunciado ante la autoridad competente por el delito Contra la Salud Pública.

Al amparo de la Ley General de Salud, Ley de Protección de Datos Personales – Ley N° 279733, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública – Ley N° 27806, Código Civil Vigente y demás normas aplicables, autorizo mi expreso, libre, previo, informado e inequívoco consentimiento de la información que estoy declarando, la misma que deberá mantener la confidencialidad que el caso amerita.

Firma del Trabajador
N° DNI

PARA SER FIRMADO POR LA EMPRESA CONTRATISTA

La Empresa se compromete a vigilar la Salud de los trabajadores y reportar de manera inmediata cualquier cambio en la misma. Asimismo, se compromete a cumplir con la normativa legal en caso se presente un caso sospechoso o confirmado de COVID-19, salvo a informar a la autoridad de salud correspondiente, al amparo de la Ley General de Salud y de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Firma y Sello del Representante HSE/HSQ/Salud Ocupacional
N° DNI

Elaborado	Revisión 1	Revisión 2	Aprobado
ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERÚ S.A. No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERÚ S.A.			Fecha: