



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

PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A.

PLAN
Versión : v.4
Página : -

ANEXO 05 - FORMATO DE SEGUIMIENTO DE CASOS SOSPECHOSOS, CONFIRMADOS Y CONTACTOS DIRECTOS DE COVID-19

| REGISTRO Y CONTROL DIARIO DE CASOS SOSPECHOSOS, CONFIRMADOS Y CONTACTOS DIRECTOS DE COVID-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CONTRATISTA: | | | | | | | |
|--|-------------------|-----|-----------------|------|---------------|----------------|----------------|-----------------------------|---|---------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--|--------------------|---------------------|-----------------|----------------|---------------------------------------|-----------|---|--------|------------|-----------------------|--|--|--|--|
| PERSONAL CONTRATISTAS/SUB CONTRATISTAS DE PETROPERU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBCONTRATISTA: | | | | | | | |
| REPORTE INICIAL (Información a reportar el primer día) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MONITOREO / VIGILANCIA (Información a actualizar diariamente) | | | | | | | |
| N° | Nombre y Apellido | DNI | Área de trabajo | Edad | N° de Celular | Comorbilidades | Síntomatología | Fecha de inicio de Síntomas | Viaje o Contacto con caso positivo / sospechoso | | Personas de contacto en el trabajo | Fecha de inicio de Aislamiento | ¿Se aplicó prueba de descartes? SI / NO | Fecha de la Prueba | Resultado de Prueba | Consulta Médica | | Condición Actual (Marcar con una "X") | | | | Vigilancia | | | | | |
| | | | | | | SI/NO | | | SI/NO | Fecha de retorno/contacto | | | | | | SI/NO | Día de Tratam. | Domicilio | Hospital. | Recup. | Deceso | | Último día de Control | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

LUGAR: _____ FECHA: _____

FIRMA
Nombre del Responsable
Teléfono

1.- La ficha será llenada diariamente por la empresa donde labora el trabajador identificado como sospechoso, confirmado o contacto directo de COVID-19, siendo responsabilidad de cada Contratista/Subcontratista, según corresponda, la actualización de la información brindada.
2.- En el caso de Sub Contratistas, el reporte deberán remitirlo a las áreas de HSE/Salud Ocupacional de cada Contratista, para su consolidación.
3.- La Contratista es responsable del envío de los reportes diarios al administrador del contrato. Para el caso del PMRT, las Contratistas remitirán el reporte al CPT quien consolidará y enviará la información al Administrador del Contrato.
4.- El administrador del contrato enviará el reporte al área de Servicios Médicos de PETROPERÚ a los correos... (según cada sede), todos los días antes de las 12:00 horas (debiendo contener la información correspondiente al día de envío).
5.- De existir un caso en especial, se puede ampliar la información en "Observaciones".
6.- Referencia: R.M. 239-2020-MINSA y R.M. 145-2020-MINSA.

| | | | |
|---|------------|------------|----------|
| 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: |