

## TÉRMINOS DE REFERENCIA

### CONTRATACION DE PERSONAL DE LIMPIEZA PARA LA UNIDAD ZONAL LA LIBERTAD

#### 1. ÁREA QUE REALIZA EL REQUERIMIENTO

Unidad Zonal – La Libertad ubicado en Urb. San Andrés, Marcelo Corne 251 – 3er piso, Trujillo.

#### 2. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN

Se requiere contratar un personal, que acredite experiencia para la prestación del servicio de limpieza integral de la de la Unidad Zonal La Libertad.

#### 3. FINALIDAD PÚBLICA:

La finalidad pública de este servicio es mantener las oficinas interiores y exteriores, equipos, muebles y enseres de la sede de la Unidad Zonal - La Libertad, en óptimo estado, limpieza y conservación de los ambientes a fin de que las actividades del personal se desarrollen dentro de los parámetros que se requiere, salvaguardando la salud integral de los trabajadores y personas que acuden a las oficinas de la Unidad Zonal La Libertad.

#### 4. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El sistema de Contratación para el presente proceso de selección será SUMA ALZADA.

#### 5. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución del servicio es de noventa días (90) días calendarios, contados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio, hasta la conformidad de la última prestación y el pago correspondiente.



#### ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

##### 6.1 Actividades:

- Realizar diariamente el barrido, trapeado y lustrado de todos los pisos, escaleras, puertas, lunas y ventanas.
- Limpieza de todos los escritorios, muebles y equipos en general.
- Limpieza y desinfección de los espejos, pisos, paredes de mayólica, duchas y lavatorios de todos los servicios higiénicos.
- Otras funciones inherentes al servicio.



##### 6.2 Procedimientos:

No corresponde

##### 6.3 Plan de trabajo:

No corresponde

##### 6.4 Recursos y facilidades a ser provistos por la Entidad

La Entidad proporcionará todos los materiales para el aseo y la limpieza y prestará las facilidades para que se desarrolle con normalidad el servicio de limpieza.

## 7. REQUISITOS DE CALIFICACION:

### a) Del Postor:

#### Capacidad Legal

- Buena salud y estado físico. Lo acreditará con **Declaración Jurada**.
- No poseer Antecedentes Penales ni Policiales. Lo acreditará con **Declaración Jurada**.
- Ser mayor de 18 años. Se acreditará con copia simple de DNI.
- Declaración Jurada de Domicilio.
- Copia del RUC
- Copia de RNP
- El proveedor del servicio no debe tener impedimento para contratar con el Estado, acreditarlo con Declaración Jurada.

**Nota 2:** Los certificados se presentarán antes del inicio de la prestación del servicio.

#### Capacidad Técnica y Profesional

- Seguro Complementario de trabajo de riesgo (SCTR), o seguro de salud el cual lo acreditará con **Declaración Jurada**.
- Contar con implementos de bioseguridad con el fin de prevenir el COVID 19.

**Nota 1:** La póliza del Seguro Complementario de trabajo de riesgo (SCTR) deberá ser acreditado una vez adjudicado el servicio, para la emisión de la respectiva orden de servicio.

#### Experiencia

- El proveedor debe acreditar experiencia mínima de 2 años en servicios similares en el sector público o privado, lo acreditará con Copia Simple de contratos u órdenes de servicios y su respectiva conformidad por la prestación efectuada

#### Capacidad Técnica y Profesional

- Estudios de Primaria completa mínimo.
- Nota 2:** Se acreditará con certificado de estudios.

## 8. LUGAR DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

La prestación del servicio se realizará en las Oficinas de la Unidad Zonal La Libertad, ubicadas ubicado en Urb. San Andrés, Marcelo Come 251 – 3er piso, Trujillo.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Servicio de Limpieza eficiente en las instalaciones de la Unidad Zonal La Libertad.

## 10. CONFORMIDAD DE LA PRESTACION DEL SERVICIO

Se otorgará dentro de un plazo que no excederá de cinco (05) días calendarios, por el área de Administración, con el visto bueno de la Jefatura Zonal, para lo cual deberá contar con el entregable remitido por el proveedor, SCTR o seguro particular, recibo por honorarios y suspensión de cuarta categoría de ser necesario.

## 11. SISTEMA DE CONTRATACION

Suma Alzada

## 12. FORMA DE PAGO

De acuerdo al Instructivo N° 6-2017-MTC/21, denominado "Lineamientos para el trámite de requerimientos de bienes, servicios y consultorías de servicios en general hasta 08UITs", aprobado mediante Resolución Directoral N° 308-2017-MTC/21, el pago se efectúa dentro de los diez (10) días



hábiles siguiente de efectuada la conformidad del servicio o de cada entregable, según el caso en concreto.

El pago se realizará de forma parcial en tres (03) armadas, previa presentación del entregable, conformidad del servicio y comprobante de pago respectivo, de acuerdo al siguiente detalle:

1° Pago: 1/3 del monto total contratado, con la conformidad del 1° entregable, hasta los 30 días calendario contados a partir del día siguiente de la recepción de la Orden de Servicio.

2° Pago: 1/3 del monto total contratado, con la conformidad del 2° entregable, hasta los 60 días calendario contados a partir del día siguiente de la recepción de la Orden de Servicio.

3° Pago: 1/3 del monto total contratado, con la conformidad del 3° entregable, hasta los 90 días calendario contados a partir del día siguiente de la recepción de la Orden de Servicio.

### 13. PENALIDADES

Si el contratista incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del Servicio, PROVIAS DESCENTRALIZADO le aplicara en todos los casos una penalidad por cada día calendario de atraso, hasta por un máximo equivalente al 5% (0.05) del monto del servicio. La penalidad se aplicara automáticamente y se calculara de acuerdo a la formula siguiente:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.05 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en dias}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

F = 0.30 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días en el caso de bienes y servicios.

Cuando llegue a cubrir el monto de la penalidad, PROVIAS DESCENTRALIZADO podrá resolver el contrato parcial o totalmente por incumplimiento mediante la remisión de Carta Simple.

### 14. OTRAS PENALIDADES

Penalidad "**Ausencia del Personal**", por ausencia de personal según el requerimiento mínimo solicitado y ofertado se aplicará una penalidad por cada día de ausencia del 2% del monto del contrato, previa constatación de personal de PROVIAS DESCENTRALIZADO.

Penalidad "**Implementos de Protección Personal**", cuando el contratista no cumpla con dotar a su personal de los elementos de protección, se aplicará una penalidad por cada día de ausencia del 2% del monto del contrato, por cada oportunidad que se presente previa constatación de personal de PROVIAS DESCENTRALIZADO.

### 15. NORMAS ANTICORRUPCIÓN

El proveedor acepta expresamente que no llevará a cabo, acciones que están prohibidas por las leyes locales u otras leyes anti-corrupción. Sin limitar lo anterior, el proveedor se obliga a no efectuar algún pago, ni ofrecerá o transferirá algo de valor, a un funcionario o empleado gubernamental o a cualquier tercero relacionado con el servicio aquí establecido de manera que pudiese violar las leyes locales u otras leyes anti-corrupción, sin restricción alguna.

En forma especial, el proveedor declara con carácter de declaración jurada que no se encuentra inmerso en algún proceso de carácter penal vinculado a presuntos ilícitos penales contra el Estado Peruano, constituyendo su declaración, la firma del mismo en la Orden de Servicio de la que estos términos de referencia forman parte integrante.

### 16. NORMAS ANTISOBORNO

El proveedor no debe ofrecer, negociar o efectuar, cualquier pago, objeto de valor o cualquier dádiva en general, o cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato, que pueden constituir un incumplimiento a la ley, tales como robo, fraude, cohecho o tráfico de influencias, directa o indirectamente, o a través de socios,



integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas, en concordancia a lo establecido en el artículo 11° de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225, los artículos 248° y 248°-A de su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 350-2015-EF.

Asimismo, el proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente a través de sus socios, accionistas, participantes, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas en virtud a lo establecido en los artículos antes citados de la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

Asimismo, el Proveedor se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviere conocimiento; así también en adoptar medidas técnicas, prácticas, a través de los canales dispuestos por la entidad.

De la misma manera, el proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución del contrato y a las acciones civiles y/o penales que la entidad pueda accionar.

## 17. OTRAS CONSIDERACIONES

### CONFIDENCIALIDAD

El POSTOR deberá cumplir con la Confidencialidad y Reserva Absoluta en el manejo de información a la que se tenga acceso y que se encuentre relacionada con la prestación, quedando prohibido revelar dicha información a terceros.

El POSTOR no podrá utilizar la información proporcionada por la entidad para realizar acciones legales que perjudiquen la imagen, sus finanzas o cualquier aspecto socio laboral y ambiental. Previamente deberá comunicar a la entidad en el plazo de un (1) día hábil de enterado de alguna situación ilícita a la entidad, para el trámite de atención en el marco de la política de anticorrupción.

En tal sentido, el POSTOR deberá dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad en materia de seguridad de la información. Dicha obligación comprende la información que se entrega, así como la que se genera durante la ejecución de las prestaciones y la información producida una vez que se haya concluido las prestaciones. Dicha información puede consistir en mapas, dibujos, fotografías, mosaicos, planos, informes, recomendaciones, cálculos, documentos, información de personal, de salud, económica, sociolaboral, y demás documentos e información compilados o recibidos por el proveedor.

### PROPIEDAD INTELECTUAL

La Entidad tendrá todos los derechos de propiedad intelectual, incluidos sin limitación, las patentes, derechos de autor, nombres comerciales y marcas registradas respecto a los productos o documentos y otros materiales que guarden una relación directa con la ejecución del servicio o que se hubieren creado o producido como consecuencia o en el curso de la ejecución del servicio.

A solicitud de la Entidad, el contratista tomará todas las medidas necesarias, y en general, asistirá a la Entidad para obtener esos derechos.





PERÚ

Ministerio  
de Transportes  
y Comunicaciones

Viceministerio  
de Transportes

Provias  
Descentralizado

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año de la Universalización de la Salud"

## 18. RESOLUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE SERVICIO

El procedimiento de resolución de contrato se encuentra regulado en el Instructivo N° 6- 2017-MTC/21, denominado "Lineamientos para el trámite de requerimientos de bienes, servicios y consultorías de servicios en general hasta 08UITs", aprobado mediante Resolución Directoral N° 308-2017-MTC/21.

## 19. ANEXOS

A continuación, se presenta la estructura de costos:

ITEM	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	HONORARIO	TOTAL DE HONORARIOS
01	Armada o pago	Días calendario	Hasta 30	1,000.00	1,000.00
02	Armada o pago	Días calendario	Hasta 60	1,000.00	2,000.00
03	Armada o pago	Días calendario	Hasta 90	1,000.00	3,000.00
<b>TOTAL DE MONTO CONTRATADO, INCLUIDO IMPUESTOS</b>					<b>3,000.00</b>

  
-----  
**Lic. Liz G. Puelles Cárdenas**  
Administradora - UZ La Libertad  
PROVIAS DESCENTRALIZADO

Elaborado por

  
-----  
**Ing. Maximiliano W. Morales Lluen**  
Coordinador Zonal La Libertad  
PROVIAS - DESCENTRALIZADO

Aprobado por / Jefe de Oficina /  
Unidad Zonal

Lima, del 2020

**Señores**  
**PROVIAS DESCENTRALIZADO**  
**Oficina de Administración de Provias Descentralizado**

*Presente.* –

Es grato dirigirme a usted para hacer de su conocimiento que, en atención a su solicitud de cotización y luego de haber examinado los documentos proporcionados por la Entidad y conocer todas las condiciones existentes, el suscrito presenta su oferta por el SERVICIO DE “.....”, de conformidad con los documentos y de acuerdo con los Términos de Referencia o Especificaciones Técnicas y demás condiciones que se indican en las mismas, mi propuesta económica es la siguiente:

➤ S/ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 00/10 SOLES).

La propuesta económica incluye todos los tributos, servicios, transportes, inspecciones, pruebas y de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar.

Adjunto a mi cotización los siguientes documentos:

- Declaración Jurada de no tener impedimento para contratar con el Estado debidamente firmada.
- Formato de la Carta de Autorización de Abono Directo en Cuenta (CCI)

La presente cotización tiene una validez de 30 días calendario,

Atentamente,



\_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos:

RUC:

Datos Adicionales

Dirección:

Teléfono:



Importante y Obligatorio:

1. En caso de emitir RECIBO POR HONORARIOS ELECTRONICO, indicar en la carta de presentación, si se encuentra exonerado del impuesto a la renta adjuntando el documento de Suspensión de 4ta. Categoría; caso contrario, indicar en la misma la autorización para el descuento de dicho impuesto.
2. Adjuntar su RNP y RUC actualizado a la fecha de su postulación.

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE ABONO DIRECTO EN CUENTA (CCI)

**CARTA DE AUTORIZACIÓN**

Lima, del 2020

Señor(a):

*CPC. LILIAN GAGO TELLO*

*Jefe de la Oficina de Administración*

**MTC- PROVIAS DESCENTRALIZADO**

Asunto: Autorización de abono directo en cuenta CCI que se detalla.

Por medio de la presente, comunico a usted, que la entidad bancaria, número de cuenta y el respectivo Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es la siguiente:

Empresa (o nombre):

- RUC:
- Entidad Bancaria:
- Número de Cuenta:
- Código CCI:
- Cuenta de Detracción N°: .....

Dejo constancia que el número de cuenta bancaria que se comunica ESTÁ ASOCIADO al RUC consignado, tal como ha sido abierta en el sistema bancario nacional.

Asimismo, dejo constancia que la (Factura o Recibo de Honorarios o Boleta de Venta) a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Orden de Servicio con las prestaciones de bienes y/o servicios materia del contrato pertinente, quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del abono en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente



.....  
NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, ..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° ....., con domicilio en ..... Distrito de ..... de la Provincia y Departamento de ....., ante Usted,

### **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

- No encontrarme impedido para ser participante, postor o Contratista, de conformidad con lo establecido en el artículo 11<sup>o1</sup> de la Ley N° 30225 Ley de Contrataciones del Estado.
- Conocer, aceptar y someterme a las Bases, condiciones, procedimientos y especificaciones técnicas y/o términos de referencia del proceso.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos del presente proceso.
- Que me comprometo a mantener la oferta presentada durante el proceso de contratación y a proveer los bienes o ejecutar el servicio, en caso de resultar favorecido con la Buena Pro.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Lima, del 2020



.....

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA



<sup>1</sup>Aplicación Supletoria de la Ley de Contrataciones del Estado.

## DECLARACIÓN JURADA ANTISOBORNO

Yo, \_\_\_\_\_, con Documento Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_, en adelante EL CONTRATISTA con RUC N° \_\_\_\_\_, declaro lo siguiente:

EL CONTRATISTA no ha ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago, objeto de valor o cualquier dádiva en general, o cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato, que puedan constituir un incumplimiento a la ley, tales como robo, fraude, cohecho o tráfico de influencias, directa o indirectamente, o a través de socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas, en concordancia a lo establecido en el artículo 110 de la Ley de contrataciones del Estado - Ley N° 30225, y los artículos 248° y 248°-A de su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 350-2015-EF.

Asimismo, EL CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas, en virtud a lo establecido en los artículos antes citados de la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento. Además, EL CONTRATISTA se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviere conocimiento; así también en adoptar medidas técnicas, organizacionales y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas, a través de los canales dispuestos por la entidad.

De la misma manera, EL CONTRATISTA es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución del contrato y las acciones civiles y/o penales que la entidad pueda accionar.

Lima,                    del 2020



\_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

## DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con D.N.I. N° \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento:

NO, tener relación de parentesco por consanguinidad, afinidad, vínculo conyugal o unión de hecho con personal de PROVIAS DESCENTRALIZADO.

SI, tener relación de parentesco por consanguinidad, afinidad, vínculo conyugal o unión de hecho con personal de PROVIAS DESCENTRALIZADO.

En caso de marcar la segunda alternativa (SI), detalle los datos de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal o unión de hecho, en PROVIAS DESCENTRALIZADO.

Nombre y Apellidos	
Cargo	
Grado de parentesco	

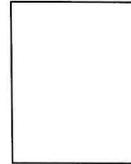
Nombre y Apellidos	
Cargo	
Grado de parentesco	

Esta declaración la realizo a fin de dar cumplimiento a lo establecido por la Ley N° 26771 y la Resolución de Contraloría N° 123-2000-CG; así como con el Reglamento de Funcionamiento de los Órganos de control Institucional aprobado mediante Resolución de Contraloría N° 114-2003-CG

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el Art. 42° de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.



\_\_\_\_\_ **FIRMA**



Teléfono:

Huella digital del contratado

**Cuadro para determinar el grado de consanguinidad y/o afinidad**

Grado	Grado Parentesco por Consanguinidad		Parentesco por afinidad	
	En línea recta	En línea colateral	En línea recta	En línea colateral
1ro	Padres/hijos		Suegros, yerno, nuera	
2do	Abuelos, nietos	Hermanos	Abuelos del cónyuge	Cuñados
3ro	Bisabuelos, bisnietos	Tíos, sobrinos.		
4to		Primos, sobrinos-nietos, tíos-abuelos.		

**Nota:** En caso oculte información y/o consigne información falsa será excluido del proceso de selección de personal; en caso de haberse producido la contratación deberá cesar por comisión de falta grave con arreglo a las normas vigentes sin perjuicio de la responsabilidad penal y/o administrativa en que hubiere incurrido (Art. 4 DS.017-96-PCM).

**CARTA DE AUTORIZACION**

Lima,

Señores:  
PROVIAS DESCENTRALIZADO  
Presente.-

Asunto : Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Ustedes que el número de CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIO ( CCI ) que consta de ( 20 números) es:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

PROVEEDOR:

--

( Indicar el nombre o razón social del proveedor titular de la cuenta)

RUC N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agradeciéndoles se sirvan disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada sean abonadas en la cuenta indicada, en NUEVOS SOLES del Banco:

--

(Nombre del Banco)

Asimismo, dejo constancia que la factura y/o Recibo a ser emitida por el suscrito ( o mi representada) una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del documento emitido a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

-----  
Firma Proveedor o Representante Legal

NOMBRE EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:.....

**NOTA: EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO UNICAMENTE CON EL RUC**



ANEXO A

DECLARACION JURADA DE VERIFICACION DE DATOS EN REGISTROS DE  
FUNCIONARIOS SANCIONADOS

Yo, ....., identificado con Documento Nacional de Identidad - DNI N° ....., con domicilio en ....., del Distrito de ....., de la Provincia y Departamento de ....., ante Usted:

DE LA VERIFICACIÓN DE MIS DATOS EN LOS REGISTROS DE FUNCIONARIOS SANCIONADOS, **DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:**

N°	SI	NO	REGISTRO
1			Me encuentro dentro de la Relación de Personas con Inhabilitaciones Vigentes a la fecha en el RNSSC (adjuntar formato, actualizado a la fecha de su postulación). <a href="http://www.sanciones.gob.pe:8081/transparencia/">http://www.sanciones.gob.pe:8081/transparencia/</a>
2			Me encuentro en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM (adjuntar formato, actualizado a la fecha de su postulación). <a href="https://casillas.pj.gob.pe/redam/#/">https://casillas.pj.gob.pe/redam/#/</a>



Lo manifestado en este documento tiene carácter de declaración jurada en tal sentido me someto a las acciones administrativas y/o judiciales que corresponda en caso de verificarse la no veracidad de lo declarado.

Lima, ..... de ..... del 2020



PERÚ

Ministerio de Transportes y Comunicaciones

Viceministerio de Transportes

Provias Descentralizado

Fecha: 18-abr-20

Formulado por: ORH  
Revisado por: OPP, OAJ, ST, OA  
Aprobado por: DE

**PROTOCOLO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ESENCIALES CULMINADO EL PERIODO DE AISLAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO (CUARENTENA)**

**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.

**Empresa o Entidad Pública:**

**RUC:**

Apellidos y nombres

Área de trabajo

DNI

Dirección

Número (celular)

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

SI NO

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

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



**ANEXO C  
DECLARACIÓN JURADA**

Yo, ....., identificado con DNI N° ....., con cargo/puesto..... en el órgano (según corresponda).....; declaro bajo juramento,

I. Que me encuentro inmerso/a dentro del factor de riesgo, por presentar:

Algunas de la siguientes enfermedades diagnosticadas: \*Adjunta último tratamiento

- Hipertensión arterial ( )
- Diabetes ( )
- Enfermedades Cardiovasculares ( )
- Cáncer ( )
- Obesidad ( )
- Asma ( )
- Enfermedad respiratoria crónica ( )
- Insuficiencia renal crónica ( )
- Enfermedad o tratamiento inmunosupresor ( )

Factor de riesgo por ser:

- Gestante ( )  
(Previa evaluación y recomendación de médico tratante)

Factor de riesgo por:

- Edad ( )  
(Mayor a 60 años)

II. Que NO presento ningún factor de riesgo señalado en el numeral anterior  
(Marcar con un aspa, en caso corresponda)

Lima,..... de ..... de 2020



\_\_\_\_\_  
Nombre del colaborador  
DNI: