DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

OFICINA EJECUTIVA DE RECURSOS HUMANOS

**DECLARACIÓN JURADA DE PERTENECER A GRUPO DE RIESGO POR PROPAGACIÓN DEL COVID-19**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con número de DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, trabajador de la Dirección Regional de Salud Puno, con vínculo laboral según régimen laboral (728, 1057, 276) (Indicar al régimen laboral al que pertenece) \_\_\_\_\_\_\_, ocupando el cargo de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuyas funciones las desarrollo en la **Oficina**, **Unidad**, **Área** de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bajo el irrestricto respeto del derecho a la intimidad que la ley me confiere y con carácter de confidencialidad, a usted atentamente digo:

Que en el marco de la propagación del brote de COVID-19, el Estado ha emitido diversas disposiciones normativas para salvaguardar la salud de la población, que son entre otras, las siguientes:

1. Decreto Supremo N° 008-2020-SA, declara Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días.

2. Decreto de Urgencia N° 044-2020-PCM, se declara Estado de Emergencia Nacional, el mismo que fuera prorrogado mediante Decreto Supremo N° 051-2020-PCM.

3. Decreto de Urgencia N° 026-2020, se establecen medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del COVID-19 en el territorio nacional.

4. Decreto Supremo N° 010-2020-TR, se establecen disposiciones para el sector privado y aplicable supletoriamente a las entidades del sector público sobre el trabajo remoto.

5. Resolución Ministerial Nº 139-2020-MINSA que aprueba el documento “Prevención y Atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú”.

Que, de acuerdo al artículo N° 101 del Decreto Supremo N° 010-2020-TR se establece como obligación del empleador priorizar el trabajo remoto en trabajadores mayores de sesenta (60) años

¿Es usted mayor de 60 años? NO ( ) SÍ ( )

Asimismo, como también los que padezcan alguno de los siguientes factores de riesgo clínicos que detallamos a continuación

|  |  |
| --- | --- |
| Embarazada |  |
| Diálisis |  |
| Cáncer |  |
| Estado de inmunosupresión |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hipertensión Arterial |  |
| Diabetes |  |
| Enfermedad Cardiovascular |  |
| Enfermedad Pulmonar crónica |  |
| Trasplantado |  |

En su familia, alguien tiene alguna de las enfermedades descritas,

NO ( ) SÍ ( )

Si, de la evaluación de las funciones a cargo del trabajador que padezca alguno de los factores de riesgos señalados por la norma, se concluye que no es posible realizar las funciones de forma remota, corresponderá el, otorgamiento de licencia con goce de haber, con cargo a compensación posterior.

Que, de conformidad con lo dispuesto en el citado artículo declaro Bajo Juramento encontrarme en alguno/algunos de lo siguiente/es factores de riesgo:

NO ( ) SÍ ( )

Precisar factor de riesgo:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En ese orden de ideas, asumo las responsabilidades correspondientes ante mi empleador, por la veracidad de la presente declaración jurada.

¿Está usted realizando el trabajo remoto para evitar poner en riesgo su salud?

NO ( ) SÍ ( )

Asimismo, autorizo a mi empleador, el uso confidencial de la información brindada, solo y exclusivamente para los fines de salvaguardar la salud y bienestar de los trabajadores que pudieran encontrarse dentro de los grupos de riesgos establecidos por la norma.

Puno, \_\_\_\_\_ de mayo del 2020

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS

N° de DNI…………………………….