

**FORMATO 6: DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

....., Apoderado(a) Legal de la empresa  
.....identificada con RUC N° ..... y domicilio fiscal en  
....., **DECLARO BAJO JURAMENTO** que, considerando la coyuntura actual del Estado Emergencia, mi representada viene cumpliendo con las medidas de seguridad e higiene necesarias para la prevención de la propagación del Coronavirus (COVID-19) como parte de nuestra responsabilidad como empleador del personal que destacaremos a su establecimiento. Asimismo:

1. Adjuntamos el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente declaración jurada con la relación de trabajadores que serán destacados a su establecimiento a fin de cumplir con la prestación de servicios requerida, los mismos que no están considerados como personal y/o parte del grupo de riesgo establecido en el R.M. 139-2020/MINSA<sup>1</sup>.
2. Ninguno de los trabajadores señalados en el Anexo N° 1: (i) ha recibido descanso médico durante las últimas semanas por síntomas relacionados al Coronavirus (COVID-19); (ii) ha presentado síntomas relacionados al mismo; (iii) ha viajado al extranjero en los últimos dos meses; y/o, (iv) ha tenido contacto con alguna persona enferma de Coronavirus (COVID-19).
3. Que, nuestro personal ha recibido toda la información y recomendación necesaria para prevenir el Coronavirus (COVID-19), asimismo, ha recibido el material sanitario apropiado y suficiente para la realización de sus labores.
4. Que mi representada, viene realizando el seguimiento respectivo a fin de cuidar que nuestros trabajadores cumplan las medidas de higiene y seguridad establecidas, asimismo, reporten posibles síntomas, de ser el caso.

De esta manera, eximimos de responsabilidad a nuestro cliente, si durante la ejecución del servicio prestado, algún trabajador es diagnosticado con Coronavirus (COVID-19); adicionalmente, acataremos las acciones que nuestro cliente tome en caso detecte que uno de nuestros trabajadores no cumpla con las medidas de higiene y seguridad.

Finalmente, queda establecido que ..... podrá tomar las medidas de seguridad que considere pertinente, pudiendo incluso realizar auditorías aleatorias a fin de verificar que nuestros trabajadores se han sometido a los Exámenes Médicos Ocupacionales de ley, así como pruebas de descarte.

....., ..... de abril del 2020



\_\_\_\_\_  
**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
**APODERADO/A LEGAL**

<sup>1</sup> Personas mayores de 60 años, así como en aquellos/as que padezcan alguno de los siguientes factores de riesgo: hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar crónica, cáncer, otros estados de inmunosupresión, considerados en el grupo de riesgo por edad y factores clínicos establecido en la R.M. 145-2020/MINSA, así como aquellos pertenecientes al grupo de Obesidad III.

**ANEXO N° 1**

**PERSONAL DESTACADO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Empresa:

Representante Legal:

N°	Nombres y Apellidos	DNI	Edad	Puesto
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

\*El personal detallado no forma parte del grupo de riesgo según lo establecido en el Artículo 10 del Decreto Supremo N° 010-2020-TR.