

LUNAHUANÁ, CAPITAL TURÍSTICA Y CULTURAL DE LA PROVINCIA DE CAÑETE

# Municipalidad Distrital De Lunahuaná

R.U.C. N° 20155998556

## Autorización Municipal Licencia de Funcionamiento

LEY MARCO LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO  
N° 28976

EXHIBIR EN UN LUGAR VISIBLE DEL LOCAL

Licencia: N° 028-2017 Exp. 01823-2015-MDL Código Municipal: LF-028-2017-AR

Nombre Contribuyente: ADMINISTRADORA DE TURISMO CINCO ESTRELLA S.A.C

R.U.C.: 20566477832 AREA: 400.00 M2

Dirección: ANEXO DE CONDORAY - ALT. KM 41.2 - LUNAHUANA

Objeto: HOSPEDAJE "EL PARAISO DE LUNAHUANA" Categoría:

Vigencia Exp. 25 SETIEMBRE DEL 2017

Lunahuaná 25 de SETIEMBRE del 2017



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LUNAHUANÁ

Lic. Florancio Alfredo Mendoza Huamán  
GERENTE MUNICIPAL

Gerente Municipal



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LUNAHUANÁ

Luis Alberto Sulca Portas  
JEFE DE RENTAS

Jefe Unidad de Rentas



## MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LUNAHUANÁ

AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN



### CERTIFICADO DE COMPATIBILIDAD DE USOS

N°29-2015/MMH-DODUR-MDL

Lunahuana, 09 de julio del 2015

PROPIETARIO: HUGO TEOFILO MUNGUIA CALDERON.

UBICACIÓN DEL PREDIO: Carretera Cañete – Yauyos – Anexo Condoray Km 41.2 – Lunahuana.

Trámite con Recibo único de pago N° 0038784 de Fecha 06 de julio del 2015. Exp. 01655.

#### 1. ESTADO DEL INMUEBLE

Piso : cerámica nacional (2 pisos)  
Muro : concreto armado  
Techo : Aligerados o concretos armados  
Área : 400 mt2.  
Acabado : Tarrajeo.  
Puerta : Madera (ingreso)

#### 2. CIRCULACION Y ACCESOS

Ancho del ingreso al Local: 5 mts.  
Escalera : si (3 pisos)

#### 3. EQUIPAMIENTO Y SERVICIOS

Instalaciones Eléctricas: Monofásico  
Instalaciones Sanitarias: Con servicio de agua y desagüe.  
Servicios Higiénicos Básicos: Buen estado  
Ventilación e Iluminación: Adecuada

#### 4. COMPATIBILIDAD DE USOS

Por tanto se considera como uso comercial: ADMINISTRADORA DE TURISMO CINCO ESTRELLAS S.A.C.

**“HOSPEDAJE EL PARAISO DE LUNAHUANA”**

CONFORME (X)

NO CONFORME ( )

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LUNAHUANÁ  
Ing. Miriam Mullasaca Huamani  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE OBRAS  
DESARROLLO URBANO Y RURAL



## MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LUNAHUANÁ

AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN



### CERTIFICADO DE ZONIFICACION Y VIAS

N°27-2015-MMH-DODUR-MDL

LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE OBRAS, DESARROLLO URBANO Y RURAL DE LA  
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LUNAHUANA

#### CERTIFICA:

Que, "HOSPEDAJE EL PARAISO DE LUNAHUANA", se encuentra ubicado en la Carretera Cañete – Yauyos – Lunahuana Km 41.2, con un área de 400 mt2 jurisdicción del Distrito de Lunahuana, Provincia de Cañete, Departamento de Lima, en lo que se refiere a Zonificación y vías, reúne las siguientes características:

#### ZONIFICACIÓN OFICIAL PROVINCIAL

Zonificación primigenia: ENP (Eriazo no programado), según plano de Zonificación General de Usos de Suelo de la Provincia de Cañete, aprobado por Ordenanza N° 006-95-MPC de fecha 08-06-1995. Conformada por terreno eriazos en la carretera de Cañete – Yauyos.

#### VIAS PÚBLICAS EXISTENTES

##### ACCESO.-

Carretera Cañete – Yauyos – Anexo Condoray Km 41.2 – Lunahuana.

##### INGRESO.-

El ingreso es por la Carretera Cañete – Yauyos – Anexo Condoray Km 41.2 – Lunahuana.

El presente certificado se otorga a solicitud de:

**HUGO TEOFILLO MUNGUIA CALDERON**

Tramitado con exp. N° 01655-2015

Recibo único de pago N° 00038784 de Fecha 06 de Julio del 2015.



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LUNAHUANÁ  
Ing. Miriam Mullaesca Huamani  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE OBRAS  
DESARROLLO URBANO Y RURAL

## Reporte de Ficha RUC

Lima, 27/12/2021

ADMINISTRADORA DE TURISMO CINCO ESTRELLAS S.A.C.  
20566477832

### Información General del Contribuyente

|                                               |                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Código y descripción de Tipo de Contribuyente | 39 SOCIEDAD ANONIMA CERRADA                          |
| Fecha de Inscripción                          | 02/12/2014                                           |
| Fecha de Inicio de Actividades                | 02/12/2014                                           |
| Estado del Contribuyente                      | ACTIVO                                               |
| Dependencia SUNAT                             | 0023 - INTENDENCIA LIMA                              |
| Condición del Domicilio Fiscal                | HABIDO                                               |
| Emisor electrónico desde                      | 03/03/2021                                           |
| Comprobantes electrónicos                     | FACTURA (desde 03/03/2021),BOLETA (desde 29/08/2021) |

### Datos del Contribuyente

|                                      |                                                         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Nombre Comercial                     | -                                                       |
| Tipo de Representación               | -                                                       |
| Actividad Económica Principal        | 5510 - ACTIVIDADES DE ALOJAMIENTO PARA ESTANCIAS CORTAS |
| Actividad Económica Secundaria 1     | - - -                                                   |
| Actividad Económica Secundaria 2     | - - -                                                   |
| Sistema Emisión Comprobantes de Pago | MANUAL/COMPUTARIZADO                                    |
| Sistema de Contabilidad              | COMPUTARIZADO                                           |
| Código de Profesión / Oficio         | -                                                       |
| Actividad de Comercio Exterior       | SIN ACTIVIDAD                                           |
| Número Fax                           | -                                                       |
| Teléfono Fijo 1                      | 1 - 4237940                                             |
| Teléfono Fijo 2                      | -                                                       |
| Teléfono Móvil 1                     | 1 - 981447030                                           |
| Teléfono Móvil 2                     | - - 953665947                                           |
| Correo Electrónico 1                 | corina2705@hotmail.com                                  |
| Correo Electrónico 2                 | maelenacheng@gmail.com                                  |

### Domicilio Fiscal

|                               |                                                         |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Actividad Económica Principal | 5510 - ACTIVIDADES DE ALOJAMIENTO PARA ESTANCIAS CORTAS |
| Departamento                  | LIMA                                                    |
| Provincia                     | LIMA                                                    |
| Distrito                      | MIRAFLORES                                              |
| Tipo y Nombre Zona            | -                                                       |
| Tipo y Nombre Vía             | JR. GENERAL VIDAL                                       |
| Nro                           | 139                                                     |

|                                                        |        |
|--------------------------------------------------------|--------|
| Km                                                     | -      |
| Mz                                                     | -      |
| Lote                                                   | -      |
| Dpto                                                   | -      |
| Interior                                               | 207    |
| Otras Referencias                                      | -      |
| Condición del inmueble declarado como Domicilio Fiscal | PROPIO |

| Datos de la Persona Natural / Datos de la Empresa |            |
|---------------------------------------------------|------------|
| Fecha Inscripción RR.PP                           | 10/09/2014 |
| Número de Partida Registral                       | 13336855   |
| Tomo/Ficha                                        | -          |
| Folio                                             | -          |
| Asiento                                           | -          |
| Origen de la Entidad                              | NACIONAL   |
| País de Origen                                    | -          |

| Registro de Tributos Afectos    |              |                      |       |       |
|---------------------------------|--------------|----------------------|-------|-------|
| Tributo                         | Afecto desde | Exoneración          |       |       |
|                                 |              | Marca de Exoneración | Desde | Hasta |
| IGV - OPER. INT. - CTA. PROPIA  | 02/12/2014   | -                    | -     | -     |
| RENTA 4TA. CATEG. RETENCIONES   | 02/04/2018   | -                    | -     | -     |
| RENTA 5TA. CATEG. RETENCIONES   | 02/04/2018   | -                    | -     | -     |
| RENTA - REGIMEN MYPE TRIBUTARIO | 01/01/2017   | -                    | -     | -     |
| ESSALUD SEG REGULAR TRABAJADOR  | 02/04/2018   | -                    | -     | -     |
| SNP - LEY 19990                 | 02/04/2018   | -                    | -     | -     |

| Representantes Legales                 |                                 |                      |                     |             |                              |
|----------------------------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------|-------------|------------------------------|
| Tipo y Número de Documento             | Apellidos y Nombres             | Cargo                | Fecha de Nacimiento | Fecha Desde | Nro. Orden de Representación |
| DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD<br>08078044 | MUNGUÍA CALDERÓN HUGO TEOFILO   | GERENTE GENERAL      | 03/11/1947          | 10/09/2014  | -                            |
|                                        | Dirección                       | Ubigeo               | Teléfono            | Correo      |                              |
|                                        | CAL. GENERAL VIDAL 139 Dpto 207 | LIMA LIMA MIRAFLORES | 15 -                | -           |                              |

| Otras Personas Vinculadas             |                                    |                      |                     |             |        |              |
|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------|-------------|--------|--------------|
| Tipo y Nro.Doc.                       | Apellidos y Nombres                | Vínculo              | Fecha de Nacimiento | Fecha Desde | Origen | Porcentaje   |
| DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 40691369 | MUNGUIA ESTRELLA FLOR MILAGROS     | SOCIO                | 20/10/1980          | 10/09/2014  | -      | 33.330000000 |
|                                       | Dirección                          | Ubigeo               | Teléfono            | Correo      |        |              |
|                                       |                                    | ---                  | --                  | -           |        |              |
|                                       | País de Residencia                 | País de Constitución |                     |             |        |              |
|                                       | -                                  | -                    |                     |             |        |              |
| Tipo y Nro.Doc.                       | Apellidos y Nombres                | Vínculo              | Fecha de Nacimiento | Fecha Desde | Origen | Porcentaje   |
| DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 10805692 | MUNGUIA ESTRELLA HUGO HANZ         | SOCIO                | 01/05/1978          | 10/09/2014  | -      | 33.330000000 |
|                                       | Dirección                          | Ubigeo               | Teléfono            | Correo      |        |              |
|                                       |                                    | ---                  | --                  | -           |        |              |
|                                       | País de Residencia                 | País de Constitución |                     |             |        |              |
|                                       | -                                  | -                    |                     |             |        |              |
| Tipo y Nro.Doc.                       | Apellidos y Nombres                | Vínculo              | Fecha de Nacimiento | Fecha Desde | Origen | Porcentaje   |
| DOC. NACIONAL DE IDENTIDAD - 10266299 | MUNGUIA ESTRELLA LOURDES DEL PILAR | SOCIO                | 21/08/1975          | 10/09/2014  | -      | 33.330000000 |
|                                       | Dirección                          | Ubigeo               | Teléfono            | Correo      |        |              |
|                                       |                                    | ---                  | --                  | -           |        |              |
|                                       | País de Residencia                 | País de Constitución |                     |             |        |              |
|                                       | -                                  | -                    |                     |             |        |              |

| Establecimientos Anexos |          |              |                       |                                         |                   |                 |          |
|-------------------------|----------|--------------|-----------------------|-----------------------------------------|-------------------|-----------------|----------|
| Código                  | Tipo     | Denominación | Ubigeo                | Domicilio                               | Otras Referencias | Condición Legal | Licencia |
| 0001                    | SUCURSAL | -            | LIMA CAÑETE LUNAHUANA | ANX. CONDORAY CAR. CAÑETE YAYOS Km 41.2 | -                 | PROPIO          | 28976    |

Dependencia SUNAT: INTENDENCIA LIMA

Fecha: 27/12/2021

Hora: 00:21

Página 4 de 4



---

Jefe del área de Servicios  
SUNAT

Sr. Contribuyente, al solicitar el presente Reporte Electrónico, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La información mostrada corresponde a lo registrado por usted a través de SUNAT Operaciones en Línea.
- El máximo de reportes a ser generados por día es TRES (03). A partir del 4to reporte, se toma el último reporte generado. La generación del reporte en el día siempre muestra los datos registrados hasta el día anterior.
- Es importante que, para efectos de mantenerlo informado sobre sus obligaciones y facilidades, actualice sus datos en el RUC, como correo electrónico, teléfono fijo y teléfono celular.
- Puede validar y visualizar el reporte electrónico generado a través del código QR ubicado en la parte inferior derecha del presente documento o colocando la siguiente dirección en la barra del navegador:

<https://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itreporteec-visor/reporteeec/reportecertificado/descarga?doc=Pf1Le%2Fn5zx%2BkmPsTwh80Ap47EPRppz2t1K8KycuSC%2B0mP0Q3jwBPHiulUZ4vNuoSzcOfSOWOeQ4IMeZfPztcjlr83IMpdq8P0O4%2FVwB7SI%3D>



**PLAN PARA LA VIGILANCIA,  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19  
EN EL TRABAJO**

**HOSPEDAJE**

*El Paraíso*



**LUNAHUANÀ**

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

## INDICE

(De acuerdo al anexo 5 de la R.M. 448-2020-MINSA)

- I. DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD PÚBLICA
- II. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO
- III. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES
- IV. NÓMINA DE TRABAJADORES POR RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID\_19
- V. RESPONSABILIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN
- VI. PRESUPUESTO Y PROCESO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN
- VII. PROCEDIMIENTO PARA EL REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO
- VIII. DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

## I. DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD PÚBLICA

| DATOS            | DESCRIPCIÓN                                                 |
|------------------|-------------------------------------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL     | Administradora de Turismo Cinco Estrellas SAC               |
| NOMBRE COMERCIAL | Hospedaje El Paraíso - Lunahuaná                            |
| RUC              | 20566477832                                                 |
| DIRECCIÓN        | Calle General Vidal 139 segundo piso 207 Miraflores<br>Lima |

## II. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

Sede : Lunahuaná

|           |                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------|
| DIRECCIÓN | Carretera Cañete - Yauyos Km 41.2, C.P. Condoray |
| DISTRITO  | Lunahuaná                                        |
| PROVINCIA | Cañete                                           |
| REGIÓN    | Lima Provincias                                  |

## III. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES

En nuestro hospedaje contamos con sólo 4 trabajadores en el staff, los cuales trabajan de manera permanente. Debido a que nuestra prioridad es la salud de los colaboradores y los clientes, hemos designado a Hugo Hanz Munguía Estrella como encargado de la supervisión de la seguridad y salud en el trabajo.

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS        | PUESTO                                                            |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 01 | Hugo Hanz Munguía Estrella | Administrador<br>Supervisor de Seguridad y<br>Salud en el trabajo |

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

## IV. NÓMINA DE TRABAJADORES POR RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID\_19

Número de trabajadores con vínculo civil: 04

| NÓMINA DE TRABAJADORES POR RIESGO DE EXPOSICIÓN A INFECCIÓN POR COVID-19 |                  |                  |             |      |           |          |         |                      |                               |    |                   |                               |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|-------------|------|-----------|----------|---------|----------------------|-------------------------------|----|-------------------|-------------------------------|
| Nª                                                                       | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES     | EDAD | TIPO DOC. | Nª       | REGIMEN | MODALIDAD DE TRABAJO | FACTOR DE RIESGO COMORBILIDAD |    | PUESTO DE TRABAJO | NIVEL DE RIESGO PARA COVID-19 |
|                                                                          |                  |                  |             |      |           |          |         |                      | SI                            | NO |                   |                               |
| 01                                                                       | Munguía          | Estrella         | Hugo Hanz   |      | DNI       | 10805692 | X       | Presencial           |                               | x  | Administrador     | Medio                         |
| 02                                                                       | Amable           | Vilela           | Ronald Pool | 25   | DNI       | 76204644 | X       | Presencial           |                               | x  | Pisos y recepción | Medio                         |
| 03                                                                       | Milian           | Mendoza          | Doris Rocío |      | DNI       | 47246591 | X       | Presencial           |                               | x  | Limpieza          | Medio                         |
| 04                                                                       | Ávila            | Cano             | Kevin Elmer |      | DNI       | 73674368 | X       | Presencial           |                               | x  | Cocina            | Bajo                          |

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

## V. RESPONSABILIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN

Para efectos del cumplimiento del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Covid-19 en el trabajo; la empresa tiene el compromiso de salvaguardar la salud de sus trabajadores y sus clientes como prioridad.

El representante legal tiene la responsabilidad directa de velar por el cumplimiento del plan establecido en este documento.

### ORGANIGRAMA



- **El representante legal.** - Será el encargado de aprobar el presente plan, así como de la provisión de todos los recursos necesarios para su implementación.
- **El supervisor de seguridad en el trabajo.** – Velará por el cumplimiento y la práctica de todas disposiciones contempladas en el plan por parte de los colaboradores y clientes. Es el responsable del uso de los formatos anexos al plan como la Ficha de Sintomatología Covid-19 para regreso al trabajo (Declaración jurada) y disponer lo necesario para la toma de temperatura diaria a clientes y colaboradores.
- **Los colaboradores.** – Son los que deben dar cumplimiento a todo lo estipulado en el plan, para garantizar la seguridad después del reinicio de sus actividades.

## PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

### VI. PRESUPUESTO Y PROCESO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN

Para llevar a cabo el reinicio de nuestras labores, hemos requerido de una serie de insumos que se necesitan para llevar a cabo la desinfección del centro de labores.

De esta manera cuidamos la seguridad y protección contra infecciones de Covid-19 a nuestros colaboradores y clientes.

| ITEM   | DESCRIPCIÓN                                | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | COSTO UNITARIO S/ | TOTAL S/ |
|--------|--------------------------------------------|----------|------------------|-------------------|----------|
| 1      | Mascarillas quirúrgicas                    | 03       | Caja             | 50.00             | 150.00   |
| 2      | Guantes de nitrilo descartables            | 04       | Caja             | 30.00             | 120.00   |
| 3      | Termómetro infrarrojo                      | 01       | Unidad           | 250.00            | 250.00   |
| 4      | Tachos para residuos biológicos color rojo | 02       | Unidad           | 30.00             | 60.00    |
| 5      | Bolsas plásticas rojas                     | 02       | Paquete          | 10.00             | 20.00    |
| 6      | Bolsas plásticas negras                    | 02       | Paquete          | 5.00              | 10.00    |
| 7      | Alcohol en gel                             | 03       | Botella          | 18.00             | 54.00    |
| 8      | Alcohol líquido 96°                        | 02       | Litro            | 10.00             | 20.00    |
| 9      | Papel toalla                               | 04       | Rollo            | 3.00              | 12.00    |
| 10     | Jabón líquido                              | 02       | Litro            | 20.00             | 40.00    |
| 11     | Lejía                                      | 04       | Litro            | 4.00              | 16.00    |
| 12     | Uniforme (mameluco)                        | 05       | Unidad           | 25.00             | 125.00   |
| 13     | Protector facial + casco                   | 05       | Unidad           | 25.00             | 125.00   |
| 14     | Atomizadores                               | 04       | Unidad           | 7.00              | 28.00    |
| 15     | Bandeja de desinfección (pediluvio)        | 01       | Unidad           | 20.00             | 20.00    |
| 16     | Dispensadores de alcohol en gel            | 02       | Unidad           | 30.00             | 60.00    |
| TOTAL: |                                            |          |                  |                   | 1,110.00 |

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

## VII. LISTA DE CHEQUEO (CHECKLIST) DE VIGILANCIA

Aspectos imprescindibles a tener en cuenta durante la reanudación de actividades económicas dentro del marco de la declaratoria de emergencia sanitaria nacional a consecuencia del covid-19 en el Perú (check list).

Revisión del contenido (marque con una "X" su respuesta):

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                                  | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha elaborado el Plan de vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo, de acuerdo a los lineamientos establecidos en las disposiciones normativas?                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. El plan incluye actividades, acciones e intervenciones que aseguren el cumplimiento de los lineamientos básicos basados en criterios epidemiológicos de aplicación obligatoria sobre: a) <u>¿Limpieza y desinfección de los centros de trabajo?</u>                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. El plan incluye actividades, acciones e intervenciones que aseguren el cumplimiento de los lineamientos básicos basados en criterios epidemiológicos de aplicación obligatoria sobre: b) <u>¿Evaluación de la condición de salud del trabajador previo al regreso o reincorporación al centro de trabajo?</u> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. El plan incluye actividades, acciones e intervenciones que aseguren el cumplimiento de los lineamientos básicos basados en criterios epidemiológicos de aplicación obligatoria sobre: c) <u>¿Lavado y desinfección de manos obligatorio?</u>                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. El plan incluye actividades, acciones e intervenciones que aseguren el cumplimiento de los lineamientos básicos basados en criterios epidemiológicos de aplicación obligatoria sobre: d) <u>¿Sensibilización de la prevención del contagio en el centro de trabajo?</u>                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. El plan incluye actividades, acciones e intervenciones que aseguren el cumplimiento de los lineamientos básicos basados en criterios epidemiológicos de aplicación obligatoria sobre: e) <u>¿Medidas Preventivas de aplicación colectiva?</u>                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. El plan incluye actividades, acciones e intervenciones que aseguren el cumplimiento de los lineamientos básicos basados en criterios epidemiológicos de aplicación obligatoria sobre: f) <u>¿Medidas de protección personal?</u>                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 8. El plan incluye actividades, acciones e intervenciones que aseguren el cumplimiento de los lineamientos básicos basados en criterios epidemiológicos de aplicación obligatoria sobre: g) <u>¿Vigilancia de la salud del trabajador en el contexto del COVID-19?</u> | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. En el Plan de vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo se especifica: a) <u>¿El número de trabajadores?</u>                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. En el Plan de vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo se especifica: b) <u>¿El riesgo de exposición a COVID-19 por puesto de trabajo (muy alto, Alto, Mediano o Bajo)?</u>                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. En el Plan de vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo se especifica: c) <u>¿Las características de vigilancia, prevención y control por riesgos de exposición?</u>                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Ha tomado en cuenta las consideraciones pertinentes establecidas en la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y modificatoria, para la reincorporación al trabajo?                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha tomado en cuenta las consideraciones pertinentes establecidas en la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y modificatoria, para el regreso o reincorporación al trabajo de trabajadores con factores de riesgo para el COVID-19?                            | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Se ha revisado, actualizado o reforzado por procedimientos técnicos que realizaba el trabajador con riesgo crítico, según puesto de trabajo?                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿El plan considera los factores de riesgo para el COVID-19 establecidas en la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y modificatorias?                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿El Plan contiene medidas a implementar respecto a practicantes, visitas o proveedores?                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿El Plan considera las pautas o lineamientos aprobados por el sector al que pertenece, según corresponda?                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿El Plan de vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo, es asumido en su integridad por el empleador, como parte del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo?                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Cuenta con el/la o los profesionales de salud del servicio de seguridad y salud en el trabajo según tamaño de empresa y en concordancia con el Anexo 1 de la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y modificatorias?                                           | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

## VIII. PROCEDIMIENTO PARA EL REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

Una vez finalizado el periodo de confinamiento, el próximo regreso al trabajo implica tener en cuenta una serie de medidas y precauciones para evitar la expansión del COVID-19. Resumimos, a continuación, algunas de las cuestiones clave que se han considerado, tomando como base los Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19 (Resolución Ministerial No. 448-2020-MINSA).

1. Se establece el proceso de retorno de los trabajadores que estuvieron en cuarentena social, que no presentaron sintomatología de COVID-19 ni son actualmente casos sospechosos ni confirmados de tener COVID-19; en estos casos el regreso es automático.
2. En el caso de pacientes confirmados, así como pacientes que se encuentren actualmente con síntomas moderados o severos; se respetará la cantidad de días de cuarentena de acuerdo a la evaluación médica previsto en el punto 7.3.2 de la R.M. 448-2020-MINSA
3. En nuestra empresa Administradora de Turismo Cinco Estrellas SAC, se ha efectuado la clasificación de los puestos de trabajo en función al grado de exposición en la empresa
  - Riesgo bajo de exposición o de precaución
  - Riesgo mediano de exposición
  - Riesgo alto de exposición
  - Riesgo muy alto de exposición

Asimismo, se han tomado en cuenta las consideraciones para el regreso o reincorporación de trabajadores con factores de riesgo

Se deberán considerar en este grupo los trabajadores que presenten:

- Edad mayor de 65 años.
  - Hipertensión arterial refractaria
  - Enfermedades cardiovasculares graves.
  - Cáncer.
  - Diabetes Mellitus.
  - Asma moderada o grave.
  - Enfermedad pulmonar crónica.
  - Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis.
  - Enfermedad o tratamiento inmunosupresor.
  - Obesidad con IMC de 40 a más.
4. Habiéndose elaborado el Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo, documento que ha sido aprobado por el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (CSST), se dispuso su inmediata elevación al sistema del MINSA a través del correo empresa@minsa.gob.pe según lo dispuesto en el D.S. 117-2020-PCM.

## PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

5. Finalmente se han puesto énfasis en los siguientes lineamientos obligatorios aplicables a todo centro de trabajo
  1. Limpieza y desinfección del centro de trabajo.
  2. Evaluación de la condición de salud del trabajador previo a la reincorporación al centro de trabajo.
  3. Lavado y desinfección obligatoria de manos.
  4. Sensibilización de la prevención del contagio en el centro de trabajo.
  5. Medidas preventivas de aplicación colectiva.
  6. Medidas de protección personal (uso obligatorio de EPP)
  7. En cuanto a la vigilancia de la salud del trabajador en el contexto del COVID-19: se determinó el responsable de acuerdo al tamaño de nuestra empresa.

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

## IX. DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### ACTA DE APROBACION DEL PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

*Siendo las 14:00 HRS. del día 23 de Octubre del año 2020 de conformidad con lo establecido en la ley N° 29783 Ley de seguridad y Salud en el Trabajo aprobado por D.S. 005-2012 y sus modificatorias y la RM 448-2020-MINSA; se reunieron el Gerente General Sr. Hugo Teófilo Munguía Calderón y el Sr. Hugo Hanz Munguía Estrella, administrador y Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa Administradora de Turismo Cinco Estrellas SAC, a fin de llevar a cabo la revisión del Plan para la vigilancia, prevención y control de Covid-19 en el trabajo.*

#### AGENDA A TRATAR:

- 1. Evaluación del Plan para la vigilancia, prevención y control de Covid-19 en el trabajo.*
- 2. Coordinar acciones de difusión en el personal que conlleven al cumplimiento del presente plan.*

#### EN LA REUNIÓN SE LLEGÓ A LOS SIGUIENTES ACUERDOS:

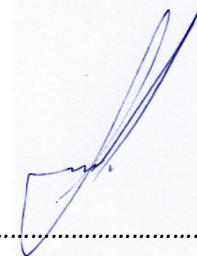
- 1. APROBAR el Plan para la vigilancia, prevención y control de Covid-19 en el trabajo.*
- 2. Disponer lo necesario para su cumplimiento y registro en al sistema del Ministerio de Salud.*
- 3. Difundir en todo el personal de la empresa para su conocimiento y cumplimiento.*

*Siendo las 15:35 Hrs. del día 23 de octubre del año 2020, se da por terminada la asamblea*



Hugo Teófilo Munguía Calderón

GERENTE GENERAL



Hugo Hanz Munguía estrella

Adm. y Supervisor de Seguridad y Salud  
en el trabajo

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

## FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19

|  <b>PERU</b> Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Infecciosas |                                                         | <b>FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19</b>                                                  |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN</b>                                                                                                                                            |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 1. Fecha notificación: ____/____/____                                                                                                                                                   |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____                                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 3. EESS: _____                                                                                                                                                                          |                                                         | 4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado |                    |
| 5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso                                                    |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 6. Detectado en punto de entrada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido                                                          |                                                         |                                                                                                                |                    |
| Si la respuesta es si, fecha: ____/____/____ Lugar: _____                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                |                    |
| <b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 7. Apellidos y nombres: _____                                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 8. Fecha de nacimiento: ____/____/____                                                                                                                                                  |                                                         | 9. Edad: ____ Años <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día                                   |                    |
| 10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                          |                                                         | 11. N° DNI: _____ N° Teléfono: _____                                                                           |                    |
| <b>LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN</b>                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 12. Lugar donde el caso fue diagnosticado                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                |                    |
| País: _____                                                                                                                                                                             |                                                         | Provincia: _____ Distrito: _____                                                                               |                    |
| <b>INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 13. Dirección de residencia actual: _____                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                |                    |
| País: _____                                                                                                                                                                             |                                                         | Provincia: _____ Distrito: _____                                                                               |                    |
| <b>III. CUADRO CLÍNICO</b>                                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 14. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Asintomático <input type="checkbox"/> Desconocido                                                              |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 15. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido                                                                         |                                                         |                                                                                                                |                    |
| Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:                                                                                                                                |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 16. Fecha de hospitalización: ____/____/____                                                                                                                                            |                                                         | 34. Nombre del Hospital: _____                                                                                 |                    |
| 17. Aislamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                                                                                                                |                                                         | Fecha de aislamiento: ____/____/____                                                                           |                    |
| 18. El paciente estuvo en ventilación mecánica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido                                            |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 19. Evolución del paciente: <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Desconocido           |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 20. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____                                                                                                                                       |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 21. Síntomas:                                                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escafofrío                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria        | <input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica:                                                    |                    |
| <input type="checkbox"/> Malestar general                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Diarrea                        | ( ) Muscular                                                                                                   | ( ) Pecho          |
| <input type="checkbox"/> Tos                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos                | ( ) Abdominal                                                                                                  | ( ) Articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Cefalea                        |                                                                                                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión        |                                                                                                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                |                    |
| 22. Signos:                                                                                                                                                                             |                                                         |                                                                                                                |                    |
| Temperatura: ____ °C                                                                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Exudado faríngeo                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Coma                           | <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar                                                    |                    |
| <input type="checkbox"/> Inyección conjuntival                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea               |                                                                                                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Convulsión                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal |                                                                                                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                |                    |

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|--------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| <b>23. Condiciones de comorbilidad</b><br><input type="checkbox"/> Embarazo (Trimestre: _____)<br><input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática<br><input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular<br><input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | <input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas)<br><input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)<br><input type="checkbox"/> Enfermedad renal<br><input type="checkbox"/> Daño hepático<br><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica<br><input type="checkbox"/> Cáncer |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>IV. Información de viaje y exposición en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>24. Ocupación</b><br><input type="checkbox"/> Estudiante<br><input type="checkbox"/> Trabaja con animales<br><input type="checkbox"/> Trabajador de salud en laboratorio<br><input type="checkbox"/> Trabajador de salud<br><input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>26. Si la respuesta es Si, especifique los lugares a los que el paciente viajó:</b><br><table border="0"> <tr> <td style="width: 50%;">País</td> <td style="width: 50%;">Ciudad</td> </tr> <tr> <td>1 _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2 _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3 _____</td> <td>_____</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | País | Ciudad | 1 _____ | _____ | 2 _____ | _____ | 3 _____ | _____ |
| País                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ciudad |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| 1 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | _____  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| 2 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | _____  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| 3 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | _____  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>27. ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días previos al inicio de síntomas?</b><br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido Si la respuesta es Si, nombre del EESS: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>28. ¿Ha tenido El paciente contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es si, marque según corresponda:</b><br><input type="checkbox"/> Entorno de salud <input type="checkbox"/> Entorno familiar <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo<br><input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días previos al inicio de síntomas?</b><br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido<br>Si la respuesta es si, liste los datos de los casos confirmados o probables:<br>Caso 1: _____<br>Caso 2: _____<br>Caso 3: _____<br>Si la respuesta es si, marque el entorno, según corresponda:<br><input type="checkbox"/> Entorno de salud <input type="checkbox"/> Entorno familiar <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo<br><input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____<br>Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____ |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días previos al inicio de síntomas?</b><br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido<br>Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>31. Fecha de toma de muestra:</b> ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>32. Tipo de muestra:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | <b>33. Tipo de prueba:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>34. ¿Se realizó secuenciamiento?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>35. Fecha de resultado de laboratorio:</b> ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>VI. INVESTIGADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>54. Persona que llena la ficha:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |
| <b>55. Firma y sello:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |        |         |       |         |       |         |       |

# PLAN PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE COVID-19 EN EL TRABAJO

## COMUNICADO

En el marco del Decreto Supremo N° 117-2020-PCM, Decreto Supremo que aprueba la **Fase 3 de la Reanudación de Actividades Económicas** dentro del marco de la declaratoria de emergencia sanitaria nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19, se informa que las empresas deberán elaborar su "Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo", el cual debe estar a disposición de los clientes y trabajadores, así como de las autoridades competentes para su fiscalización.

Así mismo, previo a la reanudación de las actividades el referido Plan debe ser remitido **vía correo electrónico al Ministerio de Salud**, a la dirección electrónica:



[empresa@minsa.gob.pe](mailto:empresa@minsa.gob.pe)

Con lo cual, en cumplimiento además con los requisitos establecidos en el presente numeral, se entenderá que la entidad, empresa, persona jurídica o núcleo ejecutor cuenta con autorización automática para iniciar operaciones. Esta información aplica para las empresas que iniciarán su registro.

Para el caso de los que ya iniciaron el registro en la plataforma SISCOVID EMPRESAS, pueden continuar el proceso por el mismo canal, con el usuario y contraseña asignado.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

EL PERÚ PRIMERO



**ADMINISTRADORA DE TURISMO  
CINCO ESTRELLAS SAC**

# INGRESO AL ESTABLECIMIENTO



# EL HOSPEDAJE CUENTA CON:

HABITACIONES  
MATRIMONIALES



BAÑO DE LA  
HABITACIÓN



## HABITACIONES DOBLES





HABITACIONES  
TRIPLES

## *HABITACIONES CUADRUPLER*







LAS HABITACIONES CUENTAN CON:

- ✓ TV POR CABLE.
- ✓ BAÑO PRIVADO.
- ✓ AGUA FRÍA Y CALIENTE.
- ✓ WI FI.
- ✓ MESA Y SILLA.
- ✓ VELADOR CON LAMPARA
- ✓ TELÉFONO FIJO.
- ✓ ARTÍCULOS DE ASEO INTERDIARIO.
- ✓ CAMBIO DE ROPA DE CAMA, SEMANAL.