

CU

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 42142703-3

42142703



FIELD

FELIX

MENDOZA

HAMLET TOMAS

06 11 1963

020901

Sexo

M

Estado Civil

8

04 01 2002

17 04 2019

22 03 2022



I<PER42142703<5<<<<<<<<<<<<<<<
8311069M2203229PER<<<<<<<<<<<<4
FELIX<<HAMLET<TOMAS<<<<<<<<<<<<

			CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO

Departamento
ANCASH

Provincia
HUARAZ

Distrito
INDEPENDENCIA

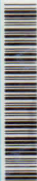
Dirección
SHANCAYAN CALLE LOS MEMBRILLOS S/N

Observaciones
Donación de Organos **NO**

Grupo de Votación **223841**

BERNARDO JULIAN MACQUEL SERRANO
Jefe Macquell (1)

[Handwritten signature]



Indice derecho 000021 000021 111125 0001 87530307

San Isidro 17 de Octubre del 2022

CONSTANCIA N°: CET13918

Señores

GRUPO L & S SERVICIOS EMPRESARIALES S.A.C.

Presente.-

Ref.: **SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - SALUD Y PENSIÓN**

Estimados Señores:

Por medio de la presente confirmamos que su estimada institución cuenta con cobertura en Pacífico Seguros, en Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para el mes de **01/11/2022 al 31/12/2022**, según la relación de trabajadores, empleados y obreros indicados en su planilla y movimiento de personal.

Póliza: 62086474

Contrato: 113171

N°	Apellidos y nombres	DNI / CE	Inicio de Vigencia
001	ANTON AMAYA JOEL FERNANDO	75179933	01/11/2022
002	AQUINO CHERO JORGE LUIS	43814936	01/11/2022
003	BALOIS VARAS ERNESTO MELQUIADES	45362648	01/11/2022
004	CATALINO FLORES GERMAN ROMULO	46807218	01/11/2022
005	HENOSTROZA QUIÑONES ELVIS WILMER	10776662	01/11/2022
006	LEON GUILLEN LILIANA KARINA	44476934	01/11/2022
007	LEON GUILLEN LIZ MAGALY	42547179	01/11/2022
008	MACEDO MACEDO JUAN CARLOS	40968275	01/11/2022
009	MUÑOZ CABANILLAS MOISES	76439541	01/11/2022
010	REVELO BAYLON, JHOSEP ORLANDO	72102487	01/11/2022
011	SAGASTEGUI LUNA PABLO IVAN	31682084	01/11/2022
012	SOLIS CALLAN MIGUEL ANGEL	77137332	01/11/2022
013	SOTO GRANDEZ FRANK	73504326	01/11/2022
014	TIBURCIO GOMEZ SIDNEY MERLIN	75559708	01/11/2022
015	TITO MATA ARMANDO SATURNINO	31775236	01/11/2022
016	VARGAS COCHACHIN LUIS INDALICIO	80086610	01/11/2022
017	VILLANUEVA RIVAS FRANK RUFINO	72808411	01/11/2022

Sin otro particular, quedamos de ustedes

Atentamente,



JORGE GOMEZ
GERENTE TÉCNICO DE SALUD
PACIFICO EPS



ANGEL ARMIJO HIDALGO
GERENTE DE RIESGOS Y MERCADOS
SEGUROS CORPORATIVOS Y PENSIONES

AT

San Isidro, 09 de Noviembre del 2022

CONSTANCIA N° 3989997

Señores
GRUPO L & S SERVICIOS EMPRESARIALES SAC
Presente.-

Ref.: **SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO – SALUD Y PENSION**

Estimados Señores:

Por medio del presente dejamos constancia que su representada ha incluido la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para el periodo 01 de Noviembre del 2022 al 31 de Diciembre del 2022 correspondiente a:

CONTRATO N° **113171** en SALUD y,
POLIZA N° **62086474** en PENSIÓN

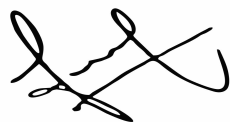
para la siguiente relación de trabajadores declarados por vuestra empresa.

Proyecto/Obra:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	NRO. DOCUMENTO	INICIO DE COBERTURA
000001	FELIX MENDOZA, HAMLET FELIX	42142703	01 de Noviembre del 2022

Sin otro particular , quedamos de ustedes

Atentamente,



JORGE GÓMEZ MILLA
GERENTE



ANGEL ARMIJO HIDALGO
GERENTE

FACTURA N **F02700644772**

LIQUIDACION N **9687766**

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



VACUNADO / VACCINATED

Nombres y apellidos / Full name

HAMLET TOMAS FELIX MENDOZA

Documento de Identidad / ID number

DNI: 42142703

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

06/11/1983

Sexo / Sex

M

Nacionalidad / Nationality

PERU

Vacuna / Vaccine

Vacuna contra COVID-19

VACUNACIÓN REGULAR NACIONAL

Dosis / Dose	Fecha de Vacunación / Date of vaccination	Fabricante y lote de vacuna / Manufacturer and lot number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
1° DOSIS	08/09/2021	SINOPHARM (B2021082213)	ANCASH - I.E. JESUS NAZARENO 87003-1 - ANCASH HUARAZ INDEPENDENCIA
2° DOSIS	30/09/2021	SINOPHARM (B2021082337)	ANCASH - I.E. Jorge Basadre Grohman - Huaraz - ANCASH HUARAZ INDEPENDENCIA
3° DOSIS	18/01/2022	PFIZER (35035BD)	ANCASH - Centro Cultural "Lombardo Mautino Angeles" - ANCASH HUARAZ HUARAZ

Certificado Emitido por / Certificate issued by: Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of issue: 20/08/2022, 4:03 pm



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE

Nombre / Name PABLO IVAN SAGASTEGUI LUNA	Fecha de Nacimiento / Date of birth 28/08/1976	
Documento de Identidad / Identification document DNI: 31682084	Nacionalidad / Nationality PERU	
Sexo / Sex M	Vacuna / Vaccine Vacuna contra Covid	

Vacunado / Vaccinated

Fecha de Vacunación / Vaccination Date	Dosis / Dose	Fabricante y Lote de Vacuna / Product Name and Manufacturer Lot Number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
10/09/2021	1° DOSIS	PFIZER (FF8842)	ANCASH - I.E. Jorge Basadre Grohman - Huaraz - ANCASH HUARAZ INDEPENDENCIA
07/10/2021	2° DOSIS	PFIZER (FG3529)	ANCASH - MISMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD -
15/02/2022	3° DOSIS	PFIZER (35035BD)	ANCASH - Jardín Infantil 123 - Centenario- Independencia. - ANCASH HUARAZ INDEPENDENCIA

Certificado emitido por / Certificate issued by:
Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of Issue
06/06/2022, 9:48 pm

Copyright © 2022. Desarrollado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud | Todos los derechos reservados.



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE

Nombre / Name LIZ MAGALY LEON GUILLEN	Fecha de Nacimiento / Date of birth 09/08/1984	
Documento de Identidad / Identification document DNI: 42547179	Nacionalidad / Nationality PERU	
Sexo / Sex F	Vacuna / Vaccine Vacuna contra Covid	

Vacunado / Vaccinated

Fecha de Vacunación / Vaccination Date	Dosis / Dose	Fabricante y Lote de Vacuna / Product Name and Manufacturer Lot Number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
10/09/2021	1° DOSIS	PFIZER (FF8842)	ANCASH - I.E. Jorge Basadre Grohman - Huaraz - ANCASH HUARAZ INDEPENDENCIA
01/10/2021	2° DOSIS	PFIZER (FF8849)	ANCASH - Casa Del Maestro - ANCASH HUARAZ HUARAZ
13/02/2022	3° DOSIS	PFIZER (35035BD)	ANCASH - Jardín Infantil 123 - Centenario- Independencia. - ANCASH HUARAZ INDEPENDENCIA

Certificado emitido por / Certificate issued by:
Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of Issue
06/06/2022, 9:26 pm

Copyright © 2022. Desarrollado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud | Todos los derechos reservados.



REPUBLICA DEL PERU
MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
DIRECCION GENERAL DE AUTORIZACIONES EN TRANSPORTES
LICENCIA DE CONDUCIR

Apellidos
FELIX MENDOZA

Nombres
HAMLET TOMAS

Nro de Licencia
E42142703

Clase

A

Fecha de Expedición
14/05/2012



Categoría

Tres b profesional

Fecha de Revalidación

24/11/2026

FIRMA DEL TITULAR

MTC

Serv.

8

Nro Primigenio

42142703

Fecha de Nacimiento

06/11/1983

Domicilio

SHANCAYAN CALLE LOS MEMBRILLOS S/N
INDEPENDENCIA HUARAZ ANCASH

Restricciones

SIN RESTRICCIONES

Grupo y Factor Sanguíneo

O+

Donación de Órganos

NO

ANC-19-186175



AUTORIDAD COMPETENTE

ANC A0265547



REPÚBLICA DEL PERÚ

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE LOS REGISTROS PÚBLICOS

TARJETA DE IDENTIFICACION VEHICULAR



Zona Registral No. : VII

Oficina Registral : HUARAZ

Placa No.: H2X-812

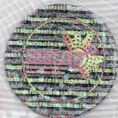
Partida Registral : 60529883

Placa Ant. :

DUA/DAM : 118-2019-10-458273-1

Título: 2019-2703405

Fecha del Título: 12/11/2019



0005814759



Canga Alberto Aguilar Yáñez
Registrador Público
Zona Registral N° VII - Sede Huaraz

Datos del Vehículo

1000060412

Categoría: N1

Marca: TOYOTA

Modelo: HILUX

Color: BLANCO #####

Motor: 1GDG131317

Combustible: DIESEL

Form. Rodante: 4X4

VIN: 8AJKA3CDXL3072217

Serie/Chasis: 8AJKA3CDXL3072217

Año Modelo: 2020

Versión: 4x4 D/C 1GD SR

Ejes: 2

Asientos: 5

Pasajeros: 4

Ruedas: 4

Carrocería: PICK UP

Potencia: 130,00@3400

Cilindros: 4

Cilindrada: 2.755

P.Bruto: 2.910

P. Neto: 2.147

Carga Util: 0.763

Longitud: 5.33

Altura: 1.81

Ancho: 1.85



Constancia de Vigencia
Decreto supremo 015-2016 MTC

Compañía de Seguro

RIMAC SEGUROS**Vigencia de la Póliza****N° Póliza - Certificado**
7663121000000000001**CERTIFICADO SOAT**
CONTROL POLICIAL**Desde**
27/11/2021**Desde**
27/11/2021**Vigencia de uso**
exclusivo para
control policial**Hasta**
27/11/2022**Hasta**
27/11/2022**Vehículo asegurado****Contratante / Asegurado****Placa**
H2X812**Categoría / Clase**
CAMIONETA PICK UP**Uso**
CARGA /
TRANSPORTE**VIN / N° de serie****Fecha**
26/11/2021**Hora de emisión**
11:24**Importe de la prima**

* La información que se presenta proviene de APESEG.

* La Constancia de Vigencia es válida sólo para SOAT electrónico. En caso tenga SOAT físico, deberá presentarlo.

Los establecimientos de salud públicos y privados están obligados a prestar atención médica quirúrgica de emergencia en caso de la ocurrencia de un accidente de tránsito conforme la ley N° 26482, Ley general de Salud y su Reglamento. Consulta el estado de tu SOAT, envía un SMS desde tu celular al 90 900.

La información sobre las obligaciones y derechos del contratante / asegurados, cobertura y exclusiones, las podrás encontrar ingresando a www.apeseg.org.pe/soat o solicitando tu cartilla informativa en las oficinas de tu compañía de seguros.

	DECLARACION JURADA DE SALUD PARA VISITANTES	CO-PE-1P325-SS-PA-072 Rev. 00 30/09/2022
---	--	--

Las personas que visitan las operaciones de OHLA PERU deben ser conscientes de las limitaciones de acceso oportuno a establecimientos de salud, por lo que se requiere que se encuentren en buen estado de salud física y mental a fin de evitar cualquier inconveniente.

Debe tenerse en cuenta tales aspectos, por cuanto los visitantes pueden introducir enfermedades infectocontagiosas que pueden afectar a los trabajadores y a la población local.

Por tanto, le solicitamos se abstenga de viajar, si en los últimos 7 días se ha enfermado por cualquier razón o ha tenido contacto con personas que hayan estado cursando alguna enfermedad infectocontagiosa (influenza, rubéola, sarampión, paperas, varicela).

Se deja constancia que no autorizará su viaje si tuvieran síntomas de resfrío común, gripe, conjuntivitis, etc. Si usted toma algún medicamento en forma regular, asegúrese de llevarlo consigo en cantidad suficiente.

Sírvase contestar el cuestionario adjunto. El médico que recibe la presente documentación podría solicitar documentación médica ampliatoria.

Si tuviera alguna duda, contáctese con el médico de la defensa ribereña Casma Huarmey.

DECLARACION	SI	NO
¿Actualmente se encuentra con fiebre o con signos de alguna infección?		☒
¿Ha presentado en los 30 días previos alguna de las siguientes condiciones?:		
• Diabetes mellitus no controlada, y/o usa insulina.		☒
• Hipertensión arterial no controlada		☒
• Infarto de miocardio, arritmia (ritmo cardíaco irregular), insuficiencia cardíaca, angina (dolor de pecho o palpitaciones) o usa marcapasos.		☒
• Hemorragia digestiva (vómitos con sangre, heces color negro, sangre a través del recto o con las deposiciones) o presenta anemia.		☒
• Convulsiones o tiene epilepsia		☒
• Enfermedad que produzca coágulos de sangre o fácil sangrado o toma anticoagulantes		☒
• Si es mujer ¿se encuentra embarazada o con sospecha de estarlo?		☒
• Hospitalización y/o cirugía mayor. ¿Cuál?.....		☒
• ¿Ha recibido medicamentos inmunosupresores, antineoplásicos, psiquiátricos, antituberculosos? ¿Cuáles?.....		☒
• ¿Es alérgico a algún medicamento? ¿Cuál?.....		☒
• ¿Medicamentos de uso habitual? Cuáles.....		☒
Indique su Grupo Sanguíneo: <u>0+</u>		

En fecha 19 / 11 / 2022., declaro estar de acuerdo con las condiciones establecidas por OHLA en el presente documento, y no encontrarme afectado por ninguno de los supuestos que impedirían mi estadía en la visita. Asimismo, declaro que estoy en buen estado de salud y que no tengo contraindicación médica para desarrollar mis actividades de visita.

Eximo de responsabilidad a la empresa OHLA PERU, por cualquier daño o lesión que se pueda generar a mi salud como consecuencia del indicado o por omisión de información sobre mi estado de salud. Declaro sujetarme a lo que disponga OHLA-PERU, atendiendo a mi estado de salud y lo declarado en el presente documento.

Nombre : Liz Magaly León Guillén

DNI y/o CE N° 42547179

Puesto de trabajo y empresa: Administrador Grupo L&S

Firma: [Firma manuscrita]

Fecha de ingreso: 15 / 11 / 22

Lote:

Estadía: días

Las personas que visitan las operaciones de OHLA PERU deben ser conscientes de las limitaciones de acceso oportuno a establecimientos de salud, por lo que se requiere que se encuentren en buen estado de salud física y mental a fin de evitar cualquier inconveniente.

Debe tenerse en cuenta tales aspectos, por cuanto los visitantes pueden introducir enfermedades infectocontagiosas que pueden afectar a los trabajadores y a la población local.

Por tanto, le solicitamos se abstenga de viajar, si en los últimos 7 días se ha enfermado por cualquier razón o ha tenido contacto con personas que hayan estado cursando alguna enfermedad infectocontagiosa (influenza, rubéola, sarampión, paperas, varicela).

Se deja constancia que no autorizará su viaje si tuviera síntomas de resfriado común, gripe, conjuntivitis, etc. Si usted toma algún medicamento en forma regular, asegúrese de llevarlo consigo en cantidad suficiente.

Sírvase contestar el cuestionario adjunto. El médico que recibe la presente documentación podría solicitar documentación médica ampliatoria.

Si tuviera alguna duda, contáctese con el médico de la defensa ribereña Casma Huarmey.

DECLARACION	SI	NO
¿Actualmente se encuentra con fiebre o con signos de alguna infección?		☒
¿Ha presentado en los 30 días previos alguna de las siguientes condiciones?:		
• Diabetes mellitus no controlada, y/o usa insulina.		☒
• Hipertensión arterial no controlada		☒
• Infarto de miocardio, arritmia (ritmo cardíaco irregular), insuficiencia cardíaca, angina (dolor de pecho o palpitaciones) o usa marcapasos.		☒
• Hemorragia digestiva (vómitos con sangre, heces color negro, sangre a través del recto o con las deposiciones) o presenta anemia.		☒
• Convulsiones o tiene epilepsia		☒
• Enfermedad que produzca coágulos de sangre o fácil sangrado o toma anticoagulantes		☒
• Si es mujer ¿se encuentra embarazada o con sospecha de estarlo?		☒
• Hospitalización y/o cirugía mayor. ¿Cuál?.....		☒
• ¿Ha recibido medicamentos inmunosupresores, antineoplásicos, psiquiátricos, antituberculosos? ¿Cuáles?.....		☒
• ¿Es alérgico a algún medicamento? ¿Cuál?.....		☒
• ¿Medicamentos de uso habitual? Cuáles.....		☒
Indique su Grupo Sanguíneo: <u>O positivo</u>		

En fecha/...../ 202....., declaro estar de acuerdo con las condiciones establecidas por OHLA en el presente documento, y no encontrarme afectado por ninguno de los supuestos que impedirían mi estadía en la visita. Asimismo, declaro que estoy en buen estado de salud y que no tengo contraindicación médica para desarrollar mis actividades de visita.

Eximo de responsabilidad a la empresa OHLA PERU, por cualquier daño o lesión que se pueda generar a mi salud como consecuencia del indicado o por omisión de información sobre mi estado de salud. Declaro sujetarme a lo que disponga OHLA-PERU, atendiendo a mi estado de salud y lo declarado en el presente documento.

Nombre : Hamlet Felix Mendoza

DNI y/o CE N° 42142403

Puesto de trabajo y empresa: Supervisor Op.

Firma: [Firma]

Fecha de ingreso: 15 / 11 / 22

Lote:

Estadía: días



OHLA
Perú

DECLARACION JURADA DE SALUD PARA VISITANTES

CO-PE-1P325-SS-PA-072
Rev. 00
30/09/2022

Las personas que visitan las operaciones de OHLA PERU deben ser conscientes de las limitaciones de acceso oportuno a establecimientos de salud, por lo que se requiere que se encuentren en buen estado de salud física y mental a fin de evitar cualquier inconveniente.

Debe tenerse en cuenta tales aspectos, por cuanto los visitantes pueden introducir enfermedades infectocontagiosas que pueden afectar a los trabajadores y a la población local.

Por tanto, le solicitamos se abstenga de viajar, si en los últimos 7 días se ha enfermado por cualquier razón o ha tenido contacto con personas que hayan estado cursando alguna enfermedad infectocontagiosa (influenza, rubéola, sarampión, paperas, varicela).

Se deja constancia que no autorizará su viaje si tuvieran síntomas de resfriado común, gripe, conjuntivitis, etc. Si usted toma algún medicamento en forma regular, asegúrese de llevarlo consigo en cantidad suficiente.

Sírvase contestar el cuestionario adjunto. El médico que recibe la presente documentación podría solicitar documentación médica ampliatoria.

Si tuviera alguna duda, contáctese con el médico de la defensa ribereña Casma Huarney.

DECLARACION	SI	NO
¿Actualmente se encuentra con fiebre o con signos de alguna infección?		X
¿Ha presentado en los 30 días previos alguna de las siguientes condiciones?:		
• Diabetes mellitus no controlada, y/o usa insulina.		X
• Hipertensión arterial no controlada		X
• Infarto de miocardio, arritmia (ritmo cardiaco irregular), insuficiencia cardiaca, angina (dolor de pecho o palpitaciones) o usa marcapasos.		X
• Hemorragia digestiva (vómitos con sangre, heces color negro, sangre a través del recto o con las deposiciones) o presenta anemia.		X
• Convulsiones o tiene epilepsia		X
• Enfermedad que produzca coágulos de sangre o fácil sangrado o toma anticoagulantes		X
• Si es mujer ¿se encuentra embarazada o con sospecha de estarlo?		X
• Hospitalización y/o cirugía mayor. ¿Cuál?.....		X
• ¿Ha recibido medicamentos inmunosupresores, antineoplásicos, psiquiátricos, antituberculosos? ¿Cuáles?.....		X
• ¿Es alérgico a algún medicamento? ¿Cuál?.....		X
• ¿Medicamentos de uso habitual? Cuáles.....		X
Indique su Grupo Sanguíneo: <u>O+ positiva</u>		

En fecha 14 / 11 / 2022, declaro estar de acuerdo con las condiciones establecidas por OHLA en el presente documento, y no encontrarme afectado por ninguno de los supuestos que impedirían mi estadía en la visita. Asimismo, declaro que estoy en buen estado de salud y que no tengo contraindicación médica para desarrollar mis actividades de visita.

Eximo de responsabilidad a la empresa OHLA PERU, por cualquier daño o lesión que se pueda generar a mi salud como consecuencia del indicado o por omisión de información sobre mi estado de salud. Declaro sujetarme a lo que disponga OHLA-PERU, atendiendo a mi estado de salud y lo declarado en el presente documento.

Nombre: Pablo Sagastegui Luna

DNI y/o CE N° 31682084

Puesto de trabajo y empresa: Supervisor

Firma: [Firma]

Fecha de ingreso: / /

Lote:

Estadía: días