



REPÚBLICA DEL PERÚ REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL
DOCUMENTO NACIONAL
DE IDENTIDAD DNI

CUI
47315888-0



1000407772



Primer Apellido
VALDIVIA

Segundo Apellido
TORRES

Prerombres
JOSEPH EDUARDO

Sexo
MASCULINO
Fecha de Nacimiento
27 06 1991
Fecha de Emisión
21 09 2017
Grupo de Votación
090789

Estado Civil
SOLTERO
Ubigeo de Nacimiento
120101
Fecha de Caducidad
21 09 2025
Donación de Órganos
NO



47315888

[Signature]

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE



VACUNADO / VACCINATED

Nombres y apellidos / Full name

JOSEPH EDUARDO VALDIVIA TORRES

Documento de Identidad / ID number

DNI: 47315888

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

27/06/1991

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. Augusto Salazar Bondy - ANCASH SANTA NUEVO CHIMBOTE
2° DOSIS	05/10/2021	SINOPHARM (B2021082365)	ANCASH - I.E. Augusto Salazar Bondy - ANCASH SANTA NUEVO CHIMBOTE
3° DOSIS	10/02/2022	ASTRAZENECA (78039)	ANCASH - I.E. Augusto Salazar Bondy - ANCASH SANTA NUEVO CHIMBOTE

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

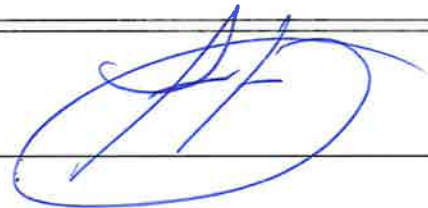
Fecha de Emisión / Date of issue: 19/10/2022, 10:46 pm

Ficha de sintomatología COVID-19
Para regreso o reincorporación al trabajo
Declaración Jurada

Apellidos y nombres del trabajador:	VALDIVIA TORRES JOSEPH EDUARDO		
Area de trabajo:	CALIDAD	Nº DNI	47315888
Dirección domiciliaria:	CALLE AYARZA DE MORALES Nº 1271 DPTO 1001 - TRUJILLO	Nº de Celular:	978361238

En los últimos 14 días calendarios ha tenido alguno de los síntomas siguientes:	Marcar con una "X" (SI / NO)		
	SI	NO	Especifique
1. Sensación de alza térmica, fiebre o malestar		X	
2. Dolor de garganta, tos, estornudos o dificultad para respirar		X	
3. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal		X	
4. Pérdida del gusto y/o del olfato		X	
5. Contacto con un caso confirmado de COVID-19		X	
6. Esta tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles)		X	
7. Pertenecer a algún Grupo de Riesgo para Covid-19		X	

Todo los datos expresados en esta ficha constituyen una declaración jurada de mi parte, he sido informada/o el objetivo de esta evaluación y e respondido con la verdad.

Fecha: 07.12.22		Firma:	
--------------------	--	--------	---

Compromiso de "Identificación de Fatiga y Somnolencia"

YO, Joseph Eduardo Veldier Torre
IDENTIFICADO CON DNI N° 47715822, DECLARO HABER DESCANSADO APROPIADAMENTE LA NOCHE ANTERIOR Y ME COMPROMETO A "RECONOCER Y REPORTAR ALERTAS FRENTE A CUALQUIER INDICADOR DE AGOTAMIENTO, FATIGA, SOMNOLENCIA, CANSANCIO U OTRA SITUACION, QUE ME AFECTE A MI Y A MI DESEMPEÑO, AVISARLE INMEDIATAMENTE A MI SUPERVISOR, A FIN DE TOMAR LAS MEDIDAS PARA EVITAR UN INCIDENTE POR ESTA SITUACIÓN.



Firma del Trabajador



Jorge Luis Zavaleta Bautista
ING. RESIDENTE DE OBRA
CONSORCIO SANTABAS/BOCAVIO
Firma del Supervisor de área
OHLA Pasada
Peru

	CHECK LIST DE FATIGA Y SOMNOLENCIA	Revisión: 0
	"ENTREGA DE LAS DEFENSAS RIBEREÑAS DE LOS RÍOS CHICAMA Y VIRÚ (PAQUETE 9R-06)"	Fecha: 25/07/2022

Nombres y Apellidos: Joseph Eduardo Valdivia Torre Área/Empresa: _____
 Tipo de vehículo/Equipo: _____ Fecha: 07-12-22 Hora: 15:48

FASE I				
N°	DESCRIPCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿He dormido menos de 6 hr. Durante las últimas 24 hr?		X	
2	No me encuentro en condiciones físicas y psicológicas de conducir y/o operar hoy.		X	
3	He ingerido algún tipo de fármaco que pueda provocar disminución en los reflejos como por ejemplo, antialérgicos, relajantes musculares, antidepresivos, etc.		X	
4	Durante mi descanso ingerí bebidas alcohólicas en exceso y no han pasado más de 15 hr. De esto.		X	
5				
Evaluación de la Encuesta: Si alguna pregunta se responde positivamente, el trabajador debe informar de inmediato al supervisor.				

FASE II

Para las siguientes preguntas, determine qué nivel se adapta mejor a su estado actual utilizando la siguiente escala.

(0 = En absoluto; 1 = Ligeramente; 2 = Moderadamente; 3 = Muchas veces; 4 = Extremadamente).

N°	DESCRIPCIÓN	EVALUACION	OBSERVACIONES					
1	Me falta energía	0						
2	Todo me requiere un esfuerzo	0						
3	Me siento débil en algunas partes del cuerpo	0						
4	Tengo mis piernas y brazos pesados	0						
5	Me siento cansado sin razón.	0						
6	Quisiera descansar mas	0						
7	Me resulta difícil concentrarme	0						
8	Me siento cansado, pesado y rígido.	0						
Suma total								
Evaluación de la encuesta								

Nota: Si la suma de las preguntas es mayor a 9 se sospecha que el trabajador esta con fatiga y se debe informar a supervisión.

Observacion
