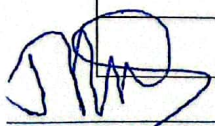


Anexo 02: Evaluación de la aptitud para regreso o reincorporación al trabajo**Declaración jurada**Nombres y apellidos: Jaime Rubio Del ValleÁrea de trabajo: ProyectosDNI: 09016845Dirección: Cel. Víctor Fajardo 160 - M. Rafael Celular: 997571952

En los últimos 10 días calendario, ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

Sí No

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 de olfato		X
5. Contacto un caso confirmado de COVID 19		X
6. Está tomado alguna medicación (Detallar cuál o cuáles) Levotiroxina 150mg		X
7. Pertenecer a algún grupo de riesgo por COVID 19:		
Mayor de 65 años		X
Cáncer		X
Enfermedad renal crónica		X
Enfermedad pulmonar crónica		X
Afecciones cardíacas		X
DM (diabetes) tipo 1 o 2		X
Obesidad (IMC mayor a 30)		X
Inmunosupresión		X
Receptor de trasplante de órganos		X
Enfermedad cerebrovascular		X
Hipertensión arterial		X
Síndrome de Dawn		X
Embarazo		X
Infección por VIH		X
Otro:		


 Social Capital Group

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y he respondido con la verdad.

Estado de vacunación SARS CoV-2 (# de dosis):

He recibido la explicación del objetivo de esta evaluación y he respondido con la verdad.

26/05/23
Fecha:

Firma del trabajador:

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Yo, Jarome Rubín identificado(a) con Documento de Identidad N°
09816845 mediante la presente declaro lo siguiente:

Que, me encuentro en OPTIMAS CONDICIONES DE SALUD, para el cumplimiento de las labores que realizaré en representación de la empresa, de acuerdo al puesto de trabajo que ocupo en Social Capital Group SAC.

No estoy presentando ningún proceso patológico o amparado en algún descanso médico actualmente

Firmo en señal de conformidad,

Firma del colaborador: _____

Fecha: 26/05/2023

Lugar: LIMA



Huella digital: