

PERSONAS:

- Enviar SCTR Salud y Pensión (Seguro complementario de trabajo de riesgo), de todos los participantes por empresa
- Enviar Ficha Sintomatológica en caso de presentar síntomas.
- EMO de visita.

VEHÍCULOS

- Los vehículos deben contar: (i) SOAT Vigente, (ii) inspección técnica vigente, (iii) Inspección y/o Check list de pre uso de unidad móvil.
- Es obligatorio el uso de la mascarilla en caso de presentar síntomas respiratorios.
- Los cinturones de seguridad deben estar operativos y libres para su uso obligatorio.
- El personal conductor y personal transportado deberá reportar cualquier acto, condición subestándar e incidente ocurrido durante la visita y en el traslado.
- Las unidades móviles deben de contar con extintor inspeccionado y operativo, botiquín con insumos médicos. Asimismo, deberá contar con kit antiderrame, bandeja de contención, conos y tacos de seguridad.

EQUIPO DE VISITA - POSTOR

NOMBRE Y APELLIDO 1: JOSE JULIO PINILLOS MEDINA DNI: 18225185

CARGO: GERENTE GENERAL

NOMBRE Y APELLIDO 2: OSCAR GUILLERMO ASCOY ALVA DNI: 71017517

CARGO: ADMINISTRADOR

NOMBRE Y APELLIDO 3: IRVING IPANAQUE SEGURA DNI: 46632388

CARGO: TECNICO SEGURIDAD ELECTRONICA

EQUIPO VEHICULAR – POSTOR

PLACA: BZW - 930

NOMBRE Y APELLIDO CONDUCTOR: JOSE JULIO PINILLOS MEDINA DNI: 18225185



Inversiones y Servicios JJ Security S.R.L.
Jose Julio Pinillos Medina
GERENTE GENERAL

FIRMA DE REPRESENTANTE

Nro. De Constancia MP/2025/11267579



CONSTANCIA DE ASEGURAMIENTO



Mediante la presente, dejamos constancia que la(s) persona(s) abajo nombrada(s) está(n) asegurada(s) en nuestra compañía, a nombre de la empresa **INVERSIONES Y SERVICIOS JJ SECURITY S.A.C.** bajo la Póliza de Pensiones No. 7012400096563 y contrato de Salud No. 7022400120330, con vigencia del 01/01/2025 hasta el 31/01/2025, con las coberturas de Pensiones y Salud por trabajo de riesgo según la ley N° 26790 y normas complementarias.

Ubicación del Riesgo/Local/Obra : A NIVEL NACIONAL

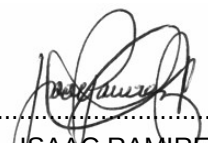
ASEGURADO(S)

1	DNI	71017517	ASCOY ALVA OSCAR GUILLERMO
2	DNI	18225185	PINILLOS MEDINA JOSÉ JULIO

Se expide la presente, para fines que consideren conveniente.

18/01/2025 10:45:06 am

Robledo Inga, Carmen


.....
ISAAC RAMIREZ MOLINA
UNIDAD DE RIESGOS DEL TRABAJO

La presente cobertura no ampara trabajos en minería subterránea (socavón).

NOTA: La presente cobertura esta sujeta a las condiciones señaladas en las pólizas y/o contratos respectivos, quedando sin efecto en caso que el contratante no cumpla con el pago oportuno de las primas del SCTR, en el entendido de que a la fecha de emisión del presente documento no existe siniestro alguno materia de reclamo.

Conforme al art. 24.2 del D.S. N° 003-98-SA, si el contratante declara remuneraciones menores a las consignadas en las planillas y boletas de pago de sus trabajadores (Incluidas gratificaciones de Julio y Diciembre), para el cálculo de la prima, incurrirá en un supuesto de cobertura insuficiente, y facultará a la aseguradora a solicitar el reembolso de la diferencia entre el importe de la pensión calculada con información declarada por el empleador para el cálculo de la prima, y el monto de la pensión que corresponde a lo efectivamente percibido por el trabajador.

Puede verificar la validez de este documento, ingresando a <https://constancias.mapfre.com.pe/#/>

Validación en línea, a través de nuestro WhatsApp +51 999919133

CONSTANCIA

SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PENSIÓN Y SALUD

INTEGRADORES DE SISTEMAS & PROYECTOS S.A.C.

RUC: 20602980791

VIGENCIA: 16/01/2025 00:00 al 15/02/2025

ACTIVIDAD: OTRAS ACTIVIDADES DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y DE SERVICIOS INFORMÁTICOS

Por medio del presente dejamos constancia que los asegurados detallados líneas abajo, conforme al Decreto Supremo 003-98-SA, se encuentran amparados bajo la cobertura de salud de trabajo de riesgo y pensión del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo*.

Contrato SCTR - Salud N°: 806764	Póliza SCTR - Pensión N°: 9000240385
---	---

Sede : PRINCIPAL

Nro.	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nro. Documento
1	CARLOS CESAR	CALDERON	CARRERA	DNI - 47225590
2	BRYAN ALEXANDER	DIAZ	RIVERA	DNI - 70029825
3	ANNER PEDRO	DIAZ	RIVERA	DNI - 42553137
4	CRISTHIAN JENNER	GARCIA	RUIZ	DNI - 43776284
5	CARLOS ALBERTO	HERRERA	ALBAN	DNI - 09583378
6	IRVING	IPANAQUE	SEGURA	DNI - 46632388
7	JOSE MIGUEL	MILLER	ALVA	DNI - 70147759
8	RONAL JHONNY	RONAL	JHONNY	DNI - 40787238
9	MIGUEL ANGEL	SANCHEZ	ABAD	DNI - 46301223
10	DAVID KENETH	TORRES	ZARATE	DNI - 42798251

Extendemos la presente constancia a solicitud de nuestro cliente INTEGRADORES DE SISTEMAS & PROYECTOS S.A.C. para los fines que considere pertinentes.

Lima, 13 de Enero de 2025



VALIDA AQUI ESTA CONSTANCIA

*La cobertura del SCTR pensión no comprende actividades y trabajos de metalúrgica, siderúrgica, explotación de minas y canteras, ni pesca. Tampoco se encuentran dentro de esta cobertura las actividades realizadas en yacimientos mineros (superficie o socavón) que estén o no vinculadas a la extracción de minerales, a menos que dichas actividades y su ubicación de riesgo sean consignadas explícitamente en las Condiciones Particulares de la Póliza SCTR pensión, o que las actividades específicas de cobertura se refieran únicamente a transporte de (i) personal, (ii) maquinaria, (iii) equipos, (iv) insumos y/o (v) minerales, con ubicación de riesgo en yacimientos mineros de superficie (no aplica para socavones), y que éstas actividades no incluyan ni se vinculen con alquiler, mantenimiento o reparación de maquinaria pesada.



Carlos Alfredo Chavarriaga Ceballos
Representante Legal
Sanitas Perú S.A. EPS

Luis Asmat Custodio
Gerente de Operaciones
Crecer Seguros SA

Juan Carlos Ordoñez Aguilar
Vicepresidente Comercial
Crecer Seguros SA

*La cobertura del SCTR pensión no comprende actividades y trabajos de metalúrgica, siderúrgica, explotación de minas y canteras, ni pesca. Tampoco se encuentran dentro de esta cobertura las actividades realizadas en yacimientos mineros (superficie o socavón) que estén o no vinculadas a la extracción de minerales, a menos que dichas actividades y su ubicación de riesgo sean consignadas explícitamente en las Condiciones Particulares de la Póliza SCTR pensión, o que las actividades específicas de cobertura se refieran únicamente a transporte de (i) personal, (ii) maquinaria, (iii) equipos, (iv) insumos y/o (v) minerales, con ubicación de riesgo en yacimientos mineros de superficie (no aplica para socavones), y que éstas actividades no incluyan ni se vinculen con alquiler, mantenimiento o reparación de maquinaria pesada.



DECLARACIÓN JURADA DE RETORNO LABORAL COVID-19

He recibido explicación sobre el llenado de este documento y me comprometo a responder con la verdad. También he sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, lo cual es una falta grave, según el Reglamento Interno de Trabajo:

Apellidos:	PINILLOS MEDINA	
Nombres:	JOSE JULIO	
Edad:	46	
Región de Procedencia:	LA LIBERTAD	
Empresa:	INVERSIONES Y SERVICIOS JJ SECURITY SAC	
Área de trabajo:	GERENCIA	
Fecha:	17/01/2025	

La información proporcionada en este cuestionario será custodiada por el área de salud ocupacional de OHLA, para saber si Ud. se encuentra en buen estado de salud para visitar y/o laborar en el proyecto. Coloque una "X", según corresponda:

A. Síntomas de COVID-19:

En los últimos días, Ud. ha presentado:

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
Sensación de alza térmica	☐	☒	Pérdida del olfato y/o gusto	☐	☒
Fiebre	☐	☒	Dolor abdominal	☐	☒
Tos	☐	☒	Náuseas	☐	☒
Estornudos	☐	☒	Diarrea	☐	☒
Dificultad para respirar	☐	☒	Dolor en el pecho	☐	☒
Congestión Nasal	☐	☒	Desorientación o confusión	☐	☒
Secreción Nasal	☐	☒	Coloración azul en los labios	☐	☒
Expectoración o Flema Amarilla o Verdosa	☐	☒	Malestar General	☐	☒

B. Contactos con personas con diagnóstico de COVID-19 o lugares con alto riesgo de contagio de COVID-19

	SI	NO
Ha tenido contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en su entorno familiar o social	☐	☒
Ha visitado un establecimiento de salud	☐	☒

C. Antecedentes Personales:

Factores de riesgo para enfermarse gravemente por COVID-19:

	SI	NO		SI	NO
Edad mayor de 60 años	☐	☒	Enfermedades cardiovasculares (incluye hipertensión arterial)	☐	☒
Diabetes mellitus	☐	☒	Enfermedad renal crónica	☐	☒
Obesidad (IMC > 30)	☐	☒	Asma moderada o grave	☐	☒
Enfermedad pulmonar crónica	☐	☒	Gestante y/o puérpera	☐	☒
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor (incluye VIH)	☐	☐	Enfermedad hepática crónica	☐	☒

Vacunación COVID-19

	SI	NO
¿Ha recibido las 3 dosis de vacuna de COVID-19?	☐	☒
¿Ha recibido 1 o más dosis de refuerzo de la vacuna de COVID-19?	☐	☒

En pleno uso de mis facultades físicas y mentales y en correspondencia con la información proporcionada, **DE CONFORMIDAD AL LITERAL I) DEL ARTÍCULO 79 DE LA LEY N° 29783 (LEY DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO); DECLARO BAJO JURAMENTO:** Que, gozo de buen salud física y mental, sometiéndome a las acciones que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad. Firmo en señal de conformidad:

Innovaciones y Servicios JJ Security SAC
José Julio Pinillos Medina
GERENTE GENERAL

FIRMA



DECLARACIÓN JURADA DE RETORNO LABORAL COVID-19

He recibido explicación sobre el llenado de este documento y me comprometo a responder con la verdad. También he sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, lo cual es una falta grave, según el Reglamento Interno de Trabajo:

Apellidos:	ASCOY ALVA	
Nombres:	OSCAR GUILLERMO	
Edad:	26	
Región de Procedencia:	LA LIBERTAD	
Empresa:	INVERSIONES Y SERVICIOS JJ SECURITY SAC	
Área de trabajo:	ADMINISTRACION	
Fecha:		17/01/2025

La información proporcionada en este cuestionario será custodiada por el área de salud ocupacional de OHLA, para saber si Ud. se encuentra en buen estado de salud para visitar y/o laborar en el proyecto. Coloque una "X", según corresponda:

A. Síntomas de COVID-19:

En los últimos días, Ud. ha presentado:

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
Sensación de alza térmica	☐	☒	Pérdida del olfato y/o gusto	☐	☒
Fiebre	☐	☒	Dolor abdominal	☐	☒
Tos	☐	☒	Náuseas	☐	☒
Estornudos	☐	☒	Diarrea	☐	☒
Dificultad para respirar	☐	☒	Dolor en el pecho	☐	☒
Congestión Nasal	☐	☒	Desorientación o confusión	☐	☒
Secreción Nasal	☐	☒	Coloración azul en los labios	☐	☒
Expectoración o Flema Amarilla o Verdosa	☐	☒	Malestar General	☐	☒

B. Contactos con personas con diagnóstico de COVID-19 o lugares con alto riesgo de contagio de COVID-19

	SI	NO
Ha tenido contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en su entorno familiar o social	☐	☒
Ha visitado un establecimiento de salud	☐	☒

C. Antecedentes Personales:

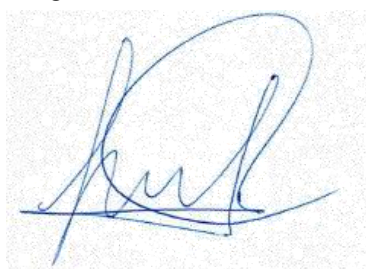
Factores de riesgo para enfermarse gravemente por COVID-19:

	SI	NO		SI	NO
Edad mayor de 60 años	☐	☒	Enfermedades cardiovasculares (incluye hipertensión arterial)	☐	☒
Diabetes mellitus	☐	☒	Enfermedad renal crónica	☐	☒
Obesidad (IMC > 30)	☐	☒	Asma moderada o grave	☐	☒
Enfermedad pulmonar crónica	☐	☒	Gestante y/o puérpera	☐	☒
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor (incluye VIH)	☐	☐	Enfermedad hepática crónica	☐	☒

Vacunación COVID-19

	SI	NO
¿Ha recibido las 3 dosis de vacuna de COVID-19?	☐	☒
¿Ha recibido 1 o más dosis de refuerzo de la vacuna de COVID-19?	☐	☒

En pleno uso de mis facultades físicas y mentales y en correspondencia con la información proporcionada, **DE CONFORMIDAD AL LITERAL I) DEL ARTÍCULO 79 DE LA LEY N° 29783 (LEY DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO); DECLARO BAJO JURAMENTO:** Que, gozo de buen salud física y mental, sometiéndome a las acciones que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad. Firmo en señal de conformidad:



FIRMA



DECLARACIÓN JURADA DE RETORNO LABORAL COVID-19

He recibido explicación sobre el llenado de este documento y me comprometo a responder con la verdad. También he sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, lo cual es una falta grave, según el Reglamento Interno de Trabajo:

Apellidos:	IPANAQUE SEGURA	
Nombres:	IRVING	
Edad:	36	
Región de Procedencia:	LA LIBERTAD	
Empresa:	INVERSIONES Y SERVICIOS JJ SECURITY SAC	
Área de trabajo:	ADMINISTRACION	
Fecha:		17/01/2025

La información proporcionada en este cuestionario será custodiada por el área de salud ocupacional de OHLA, para saber si Ud. se encuentra en buen estado de salud para visitar y/o laborar en el proyecto. Coloque una "X", según corresponda:

A. Síntomas de COVID-19:

En los últimos días, Ud. ha presentado:

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
Sensación de alza térmica	☐	☒	Pérdida del olfato y/o gusto	☐	☒
Fiebre	☐	☒	Dolor abdominal	☐	☒
Tos	☐	☒	Náuseas	☐	☒
Estornudos	☐	☒	Diarrea	☐	☒
Dificultad para respirar	☐	☒	Dolor en el pecho	☐	☒
Congestión Nasal	☐	☒	Desorientación o confusión	☐	☒
Secreción Nasal	☐	☒	Coloración azul en los labios	☐	☒
Expectoración o Flema Amarilla o Verdosa	☐	☒	Malestar General	☐	☒

B. Contactos con personas con diagnóstico de COVID-19 o lugares con alto riesgo de contagio de COVID-19

	SI	NO
Ha tenido contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en su entorno familiar o social	☐	☒
Ha visitado un establecimiento de salud	☐	☒

C. Antecedentes Personales:

Factores de riesgo para enfermar gravemente por COVID-19:

	SI	NO		SI	NO
Edad mayor de 60 años	☐	☒	Enfermedades cardiovasculares (incluye hipertensión arterial)	☐	☒
Diabetes mellitus	☐	☒	Enfermedad renal crónica	☐	☒
Obesidad (IMC > 30)	☐	☒	Asma moderada o grave	☐	☒
Enfermedad pulmonar crónica	☐	☒	Gestante y/o puérpera	☐	☒
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor (incluye VIH)	☐	☐	Enfermedad hepática crónica	☐	☒

Vacunación COVID-19

	SI	NO
¿Ha recibido las 3 dosis de vacuna de COVID-19?	☐	☒
¿Ha recibido 1 o más dosis de refuerzo de la vacuna de COVID-19?	☐	☒

En pleno uso de mis facultades físicas y mentales y en correspondencia con la información proporcionada, **DE CONFORMIDAD AL LITERAL I) DEL ARTÍCULO 79 DE LA LEY N° 29783 (LEY DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO); DECLARO BAJO JURAMENTO:** Que, gozo de buen salud física y mental, sometiéndome a las acciones que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad. Firmo en señal de conformidad:



FIRMA