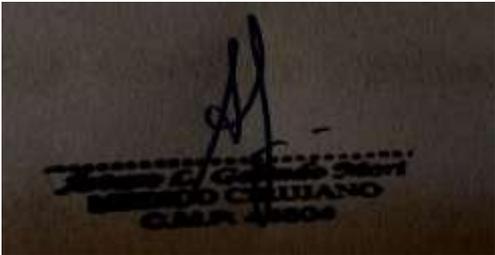


| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------|
|  | Plan de vigilancia, prevención y control del Covid-19 en el trabajo | Código: PSO-2 |
| | | Versión: 02 |
| | | Página 1 de 29 |

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

PRENSMART SAC

| ELABORADO POR SSOMA | REVISADO POR JEFE SSOMA | APROBADO POR CSST |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Firma:  | Firma:  | Firma:  |
| Nombre: Arturo Galindo Mori Médico Ocupacional CMP: 44504 – RNA: 2943 | Nombre: Veronica Cores Aguilar Jefe de Seguridad Laboral y Medio Ambiente. CIP: 106796 | Nombre: Yodashira Perez Tarazona Presidenta de CSST |
| Fecha: 15/12/21 | Fecha: 17/12/21 | Fecha: 27/12/21 |

INDICE

- I. Datos de la empresa
- 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 del cumplimiento del Plan
- VI. Presupuesto y proceso de adquisición de insumos para el cumplimiento del Plan
- VII. Procedimientos para el regreso y reincorporación al trabajo (flujograma adecuado al centro)
- VIII. Lista de chequeo (check list) de vigilancia
- IX. Documento de aprobación del comité de seguridad y salud en el trabajo
- X. Anexos:
 1. Anexo 01: Ficha de sintomatología y antecedentes relacionado al Covid 19, para el ingreso al trabajo
 2. Anexo 02: Infografías
 - a. ¿qué es el Covid-19?, síntomas y signos de alarma del Covid, vías de contagio.
 - b. ¿Cómo prevenir el Covid-19, en el trabajo, comunidad y en el hogar?
 - c. Importancia del reporte oportuno de síntomas, de la toma de temperatura, lavado de manos, uso y cuidado de mascarilla quirúrgica, hábitos higiénicos al toser y/o estornudar.
 - d. Prevención del temor, discriminación y estigmatización a pacientes Covid-19.
 3. Anexo 03: Equipo de protección personal para puestos de trabajo con riesgo de exposición a Covid-19, según el nivel de riesgo.
 4. Anexo 04: Lista de chequeo de vigilancia de la COVID-19 en Centros de Trabajo con 5 o más trabajadores.
 5. Anexo 05: Protocolo de seguridad frente al Covid-19.
 6. Anexo 06: Ficha epidemiológica
 7. Anexo 07: Flujograma para evaluar pertinencia de trabajo presencial, semipresencial o remoto.
 8. Anexo 08: Regreso progresivo de los trabajadores a las actividades labores en el contexto de la pandemia por COVID-19
 9. Anexo 09: Declaración de conocer los riesgos de retorno o reincorporación al centro laboral.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|  | Plan de vigilancia, prevención y control del Covid-19 en el trabajo | Código: PSO-2 |
| | | Versión: 02 |
| | | Página: 3 de 29 |

I. DATOS DE LA EMPRESA

| | |
|----------------------|-----------------------------|
| Razón Social: | PRENSMART SAC |
| RUC | 20100087945 |
| Dirección: | Jr. Jorge Salazar Araoz 171 |
| Provincia: | Lima |
| Distrito: | La Victoria |

II. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

| | |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Sede La Victoria | Jr. Jorge Salazar Araoz 171, La victoria, Lima |
| Sede Pando | Jr. Paracas 532 – Pueblo Libre, Lima. |
| Sede Arequipa | Av. Perú Cuadra 11 S/N Alto Cural - Cerro Colorado – Arequipa. |
| Sede Chiclayo | Los Incas 190, La Victoria, Lambayeque, Perú. |
| Sede Huancayo | Av. Miguel Grau #520 – El Tambo – Huancayo – Junín, Perú. |

III. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES (NÓMINA DE PROFESIONALES)

El servicio de Seguridad y Salud de los Trabajadores está conformado por los siguientes profesionales:

| TIPO DE DOCUMENTO | N° | NOMBRE Y APELLIDOS | PROFESIÓN | N° DE COLEGIATURA | CORREO ELECTRONICO | CELULAR | PUESTO DE TRABAJO | LUGAR DE TRABAJO |
|-------------------|----------|------------------------|-----------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------|----------------------|
| DNI | 41130841 | VERONICA CORES AGUILAR | INGENIERO | CIP: 106796 | veronica.cores@comercio.com.pe | 975392699 | Jefe de Seguridad Laboral y Medio Ambiente. | Santa Catalina/Pando |
| DNI | 9910326 | ARTURO GALINDO MORI | MÉDICO | CMP 44504 | arturo.galindo@comercio.com.pe | 936166137 | Médico ocupacional | Santa Catalina/Pando |

Adicionalmente cuenta con profesionales de apoyo brindados por el Broker de seguros: 01 Médico Ocupacional/Asistencial

01 Enfermera Ocupacional

01 Supervisor de SST

IV. **NOMINA DE TRABAJADORES POR RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID- 19**

En Prensmart Sac se ha clasificado todos los puestos de trabajo, tanto de personal directo como de personal de empresas subcontratistas que nos brindan servicios dentro de la ejecución de nuestras instalaciones, según el riesgo de Exposición al virus SARS-CoV-2, teniendo en cuenta estas definiciones:

- **Riesgo bajo de exposición o de precaución:** Los trabajos con un riesgo de exposición bajo son aquellos que no requieren contacto con personas que se conoce o se sospecha que están infectadas con SARS-CoV 2, así como, en el no se tienen contacto cercano y frecuente a menos de 1,5 metros de distancia con el público en general; o en el que, se puedan usar o establecer barreras físicas para el desarrollo de la actividad.
- **Riesgo Mediano de exposición:** Los trabajos con riesgo mediano de exposición, son aquellos que requieren contacto frecuente y cercano a menos de 1,5 metros de distancia con el público en general; y que, por las condiciones en el que se realizan no se puedan usar o establecer barreras físicas para el trabajo, cajeras de centros financieros o de supermercados, entre otros.
- **Riesgo Alto de exposición:** Trabajo con riesgo potencial de exposición a fuentes conocidas o sospechosas de COVID-19; por ejemplo: trabajadores del sector salud y otro personal que debe ingresar a los ambientes de atención de pacientes COVID-19, (cuando estos trabajadores realizan procedimientos generadores de aerosol, su nivel de riesgo de exposición se convierte en muy alto), trabajadores de limpieza de áreas COVID-19, conductores de ambulancia de pacientes COVID-19, trabajadores de funerarias o involucrados en la preparación de cadáveres, cremación, o entierro de cuerpos de personas con diagnóstico o sospecha de COVID-19 al momento de su muerte.

- **Riesgo Muy Alto de Exposición:** Trabajos con contacto directo con casos COVID-19; por ejemplo: trabajadores de salud que realizan la atención de pacientes COVID-19, trabajadores de salud que realizan toma de muestras o procedimientos de laboratorio de pacientes confirmados o sospechosos COVID-19, trabajadores de morgues que realizan procedimientos en cuerpos de personas con diagnóstico o sospecha de COVID-19.

En consideración a lo descrito líneas arriba en Prensmart Sac. contamos con una población de aproximadamente 146 personas, estableciéndose los niveles de Riesgos según los puestos de trabajo resumiéndose de la siguiente manera:

| Riesgo Bajo (B): | Riesgo Medio (M): | Riesgo Alto (A): |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> -Puestos administrativos -Redactores que no cubren comisiones y que realizan trabajos de oficina -Operarios de Planta (Mantenimiento, Rotativa) | <ul style="list-style-type: none"> -Supervisores del área de Circulación que está en contacto con canillitas -Operarios de Despacho, Distribución y Almacén que realizan trabajo operativo. -Redactores y fotógrafos que cubren comisiones en lugares con alto tránsito de personas (mercados, aeropuertos, instituciones educativas, etc) | <p>NINGUNO</p> |

En consideración a lo descrito líneas arriba en la empresa se ha clasificado al total de su nómina, la cual se detalla en un Excel adjunto.

V. RESPONSABILIDADES DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN

a) Gerente General

- Respalda la implementación y adopción del Plan de Retorno Seguro post Cuarentena COVID 19 en todas las áreas de la empresa.
- Aprobar los recursos necesarios para que se implemente el presente plan.

b) Gerencia/ Jefatura de Recursos Humanos

- Participar en la elaboración y seguimiento del plan de vigilancia, prevención y control del COVID-19 en el trabajo.

c) Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo

- Aprobar, a través del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, el “Plan de vigilancia, prevención y control del COVID-19 en el trabajo”.
- Realizar seguimiento al cumplimiento del presente plan.
- Realizar todas las actividades indicadas.

d) Seguridad Patrimonial

- Todo personal de seguridad patrimonial que se encuentre en la puerta de recepción deberá controlar que el personal que ingrese a las sedes, se encuentren en la lista de vacunados contra el Covid-19, con las dosis correspondientes, caso contrario no se le permitirá el acceso.
- Corroborar que los trabajadores que llenen las fichas sintomatológicas tengan puntaje adecuado, de lo contrario comunicar de manera inmediata al profesional del servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- El personal de seguridad patrimonial debe usar los EPP´s correspondientes.

e) Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo

- El médico gestionará con Seguridad Patrimonial, el control de las fichas sintomatológicas del personal que ingrese al centro de trabajo, así como las acciones posteriores en casos sospechosos de contagio de COVID-19.
- El Médico Ocupacional y/o enfermera realizará el seguimiento médico a distancia de todo caso sospechoso reportado.
- El Médico Ocupacional brindará los consejos médicos correspondientes según la evolución clínica del trabajador.
- El médico ocupacional y/o la enfermera referirá a la EPS, Essalud o MINSA en caso aparezcan signos de alarma.
- El Médico Ocupacional determinará el retorno del trabajador según sea el caso.
- Cumplir estrictamente con lo indicado en este procedimiento.

f) Líderes y supervisores

- Gestionar con el Business Partner y con Seguridad y Salud en el Trabajo la implementación de las actividades planteadas y la solución de los temas que surgen en el día a día.
- Brindar la revisión, actualización o reforzamiento de las funciones, riesgos del puesto y uso seguro de los equipos y herramientas empleadas en las actividades.

g) Empresas Terceras (Contratistas):

- El responsable del área de salud ocupacional es el encargado de implementar y ejecutar el plan de vigilancia, prevención y control del Covid-19 en sus respectivas empresas contratistas, los cuales informarán de sus avances y resultados mediante correos electrónicos.
- Cualquier situación sospechosa de contagio relacionada a un tercero tendrá que comunicar al gestor del servicio para la toma de acciones correspondientes.
- Las empresas contratistas son los responsables de asegurar el cumplimiento de las normas de SST dictadas por el gobierno en el marco del estado de emergencia aplicable a sus trabajadores.
- Elaborar lineamientos de seguridad y salud en el trabajo para la prevención del COVID-19.
- Cumplir y respetar las medidas de higiene y prevención implementadas por la empresa.
- Comunicar al cliente los casos confirmados de COVID-19 de los trabajadores que prestan servicios en nuestras instalaciones, priorizando aquellos casos que ingresaron a las instalaciones.

h) Trabajador

- Reportar su estado de salud desde su domicilio antes de ingresar a las instalaciones de la empresa.
- Permanecer en casa si presentaran síntomas respiratorios y reportar de inmediato al profesional del servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo y/o Asistente de Bienestar Social
- Cumplir con las indicaciones médicas de la EPS, MINSA y del

profesional del servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo, quien se contactará y brindará las indicaciones pertinentes.

- Tener en cuenta que el cuestionario de sintomatología COVID-19 tiene carácter de declaración jurada, y conforme lo regula la ley, en caso de falsedad resulta aplicable el Código Penal y la Ley del Procedimiento Administrativo General (Ley N° 27444), como corresponda.
- Cumplir con el distanciamiento social de 1.5 metros en todo momento durante el ingreso.
- Cumplir estrictamente con lo indicado en el presente procedimiento

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

| MATERIALES/EQUIPOS | UM | CANTIDAD | SUB TOTAL (S/) |
|--------------------------|---------|----------|----------------|
| Protección respiratoria | Und | 1500 | 52500 |
| Respiradores con filtros | Und | 200 | 14000 |
| Guantes de nitrilo | Doc | 200 | 4000 |
| Careta facial | Doc | 20 | 1300 |
| Lentes antiparras | Und | 100 | 500 |
| Tyvek | Doc | 100 | 3500 |
| Alcohol en gel | Frasco | 200 | 11800 |
| Jabón Líquido | Frasco | 200 | 11800 |
| Papel toalla | Rollo | 1000 | 8000 |
| Trapos desechables | Doc | 300 | 300 |
| Afiches | Doc | 0 | 0 |
| Carteles | Doc | 0 | 0 |
| Bolsas para desechos | Paquete | 1000 | 1000 |

Proceso de compra y adquisición de insumos:

El requerimiento para la adquisición de los implementos Covid plasmados en el presupuesto será elaborado por el Responsable de Seguridad y Salud Ocupacional, según necesidad, luego del cual será evaluado por la gerencia para su aprobación y posterior adquisición.

- Los suministros especiales destinados a la prevención del Coronavirus. - necesarios para implementar las medidas de control identificadas como parte del Protocolo Coronavirus (jabón, desinfectantes, alcohol en gel, mascarillas, guantes, caretas

faciales, etc.), serán debidamente almacenados en un área segura.

VII. PROCEDIMIENTOS PARA EL REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

Disposiciones para el regreso al trabajo, se establece el proceso de regreso al trabajo de aquellos trabajadores que estuvieron en aislamiento social obligatorio, que no son actualmente caso sospechoso ni confirmado de COVID-19 y que tengan vacunación completa para COVID-19 establecido por el Ministerio de Salud, primera y segunda dosis y dosis de refuerzo según corresponda. Bajo los siguientes criterios:

- Los trabajadores de grupo de riesgo con vacunación incompleta o pendiente continuaran realizando actividades remotas.
- El retorno o reincorporación del personal con factores de riesgo para COVID19 es progresivo, considerando el aforo, tarea y jornada laboral.

Disposiciones para la reincorporación al trabajo se establece el proceso de reincorporación al trabajo de los trabajadores que cuentan con alta epidemiológica de la COVID-19 emitido por el médico tratante, a través del formato de alta de la Ficha F300 del SICOVID-19, luego de haber tenido un diagnóstico de caso sospechoso, probable o confirmado de la COVID-19 o de haber sido contacto directo de un caso y cumplido el aislamiento respectivo:

- El personal que se reincorpora al trabajo es evaluado con el fin de determinar su estado de salud, previo al reinicio de sus labores. Esta evaluación no requiere pruebas de laboratorio para la COVID-19.
- En el caso de pacientes asintomáticos con diagnóstico probable de la COVID19, el alta se otorga catorce (14) días después de la prueba confirmatoria positiva. No se requiere nueva prueba molecular para emitir el alta del paciente.
- En el caso de pacientes con diagnóstico confirmado de la COVID-19 que presenten síntomas, el alta se otorga catorce (14) días después del inicio de síntomas. Se debe tener en cuenta que este periodo puede extenderse excepcionalmente, según evaluación del médico tratante debidamente certificada. En el caso de pacientes sintomáticos sin prueba confirmatoria, el alta se otorga catorce (14) días después del inicio de los síntomas.

- En el caso de pacientes moderados o graves (hospitalizados), con diagnóstico confirmado de la COVID-19, el alta la establece el Médico tratante. Su reincorporación se realiza de acuerdo con la evaluación realizada por el Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con las normas vigentes.
- Disposiciones para la revisión y reforzamiento de capacidades a trabajadores en procedimientos de trabajo con riesgo crítico según puesto de trabajo en el caso de aquellos puestos con actividades que impliquen una probabilidad elevada de causar directamente daño a la salud del trabajador por accidente o impericia, luego de haber dejado de laborar durante el periodo de aislamiento social obligatorio y es necesaria su reincorporación, Editora El Comercio no cuenta con puesto de riesgo crítico.
- Disposiciones para el regreso o reincorporación al trabajo de trabajadores con factores de riesgo para COVID-19.

Para la reanudación del trabajo presencial de los trabajadores integrantes de los grupos de riesgo se debe tener en consideración lo siguiente:

- a. La información clínica (antecedentes y/o informes médicos o data médica) debe ser valorada por el Médico ocupacional a cargo, para precisar el estado de salud y riesgo laboral individual de cada trabajador, a fin de determinar la modalidad de trabajo (remoto, semipresencial o presencial), de los trabajadores con factores de riesgo.
- b. Los trabajadores que se encuentren en alguno de los grupos de riesgo definidos realizan prioritariamente trabajo remoto. El trabajo semipresencial o presencial es indicado por el Servicio de Seguridad y salud en el Trabajo, teniendo en cuenta su estado de vacunación contra la COVID19 y el nivel de alerta de la región (extremo, muy alto, alto y moderado) según lo indicado en el Anexo No 8.
- c. Los trabajadores con algún factor de riesgo, cuyas labores sean de alto o muy alto riesgo de exposición, que soliciten reincorporarse a sus labores, deben pasar por una evaluación individualizada por el Médico del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo, luego de la cual el trabajador firme una declaración en la que se deja

constancia de haber recibido información de todos los riesgos que implica su regreso o reincorporación Anexo No 9.

- d. Aquellos trabajadores con factores de riesgo que hayan superado la COVID19 y deseen reanudar sus actividades, pueden hacerlo aplicando todas las medidas de protección y de higiene descritas en la Directiva Administrativa 321 MINSa 2021, siempre y cuando el Médico a cargo de la vigilancia de la salud de los trabajadores lo apruebe en base a la información científica vigente y según lo indicado en el Anexo No 8.

VIII. LISTA DE CHEQUEO Y VIGILANCIA (CHECKLIST)

CHECK LIST DE CUMPLIMIENTO MEDIDAS FRENTE AL COVID-19 EN EL CENTRO DE TRABAJO.

| ELEMENTO | CUMPLE (Si/No) | DETALLES 1 PENDIENTES/ POR MEJORAR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|
| Ventilación adecuada | SI | |
| Uso de medidores de CO2 (recomendable) | NO | POR IMPLEMENTAR |
| MEDIDAS DE HIGIENE | | |
| Se aseguran los puntos de lavado de manos con agua potable, jabón líquido o jabón desinfectante y papel toalla | SI | |
| Se aseguran puntos de alcohol (al 70% y en gel) para la desinfección de manos | SI | |
| Los trabajadores proceden al lavado de manos o desinfección. | SI | |
| Se colocan carteles en las partes superiores de los puntos de lavado para la ejecución adecuada del método de lavado correcto o el uso de alcohol para la higiene de manos. | SI | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO | | |
| Se difunde información sobre coronavirus y medios de protección laboral en lugares visibles. | SI | |
| Se difunde la importancia del lavado de manos, toser o estornudar cubriéndose la boca con la flexura del codo, no tocarse el rostro, entre otras prácticas de higiene. | SI | |
| Todos los trabajadores utilizan mascarilla de acuerdo con el nivel de riesgo del puesto de trabajo. | SI | |
| MEDIDAS PREVENTIVAS | | |
| Se cumple con el distanciamiento físico de 1 a 1.5 metros entre trabajadores, además del uso permanente de protector respiratorio o doble mascarilla, según corresponda. | SI | |
| Existen medidas de protección a los trabajadores en puestos de atención al cliente, mediante el empleo de barreras físicas. | SI | |
| Se evitan las conglomeraciones durante el ingreso y la salida del centro de trabajo. | SI | |
| Medidas Preventivas Colectivas (Ejemplo: Talleres Online sobre primeros auxilios, difusión de información sobre la COVID-19). | SI | |
| VIGILANCIA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR | | |
| Se realiza autorreporte de los trabajadores sobre la presencia de sintomatología compatible con casos sospechosos de la COVID19 | SI | |

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

RE: Aprobación del Plan de Vigilancia y control del COVID - 19 en el Trabajo



Herzon Pinedo Chuqui

Para: Cometero Baila Oscar Antonio <oscar.cometero@comercio.com.pe>; Ramirez Nieto Joselyn Milagros <joselyn.ramirez@comercio.com.pe>; Perez tarazona Yodashira Karen <yodashira.perez@comercio.com.pe>; Grecia Patricia Llanos Peña <grecia.llanos@prensmaart.pe>;
CC: Galindo Mori Arturo <arturo.galindo@comercio.com.pe>; saludocupacionalelcomercio@gmail.com <saludocupacionalelcomercio@gmail.com>; Cores Aguilar Veronica Rosario <veronica.cores@comercio.com.pe>

Responder Responder a todos Reenviar

lunes 27/12/2021 10:48

Conforme con el plan. Gracias

De: Cometero Baila Oscar Antonio <oscar.cometero@comercio.com.pe>

Enviado: lunes, 27 de diciembre de 2021 10:36

Para: Ramirez Nieto Joselyn Milagros <joselyn.ramirez@comercio.com.pe>; Perez tarazona Yodashira Karen <yodashira.perez@comercio.com.pe>; Grecia Patricia Llanos Peña <grecia.llanos@prensmaart.pe>; Herzon Pinedo Chuqui <herzon.pinedo@prensmaart.pe>

Cc: Galindo Mori Arturo <arturo.galindo@comercio.com.pe>; saludocupacionalelcomercio@gmail.com <saludocupacionalelcomercio@gmail.com>; Cores Aguilar Veronica Rosario <veronica.cores@comercio.com.pe>

Asunto: Re: Aprobación del Plan de Vigilancia y control del COVID - 19 en el Trabajo

Buen día.

Conforme, aprobado

Get [Outlook para Android](#)

Re: Aprobación del Plan de Vigilancia y control del COVID - 19 en el Trabajo



Perez tarazona Yodashira Karen

Para: Ramirez Nieto Joselyn Milagros

Responder Responder a todos Reenviar

lunes 27/12/2021 10:43

Buen día.

Doy mi conformidad al Plan de Vigilancia y Control de Covid - 19.

Gracias!

RE: Aprobación del Plan de Vigilancia y control del COVID - 19 en el Trabajo



Grecia Patricia Llanos Peña

Para: Ramirez Nieto Joselyn Milagros

Responder Responder a todos Reenviar

miércoles 23/12/2021 18:16

Hola Joselyn, apruebo el documento.

De: Ramirez Nieto Joselyn Milagros <joselyn.ramirez@comercio.com.pe>

Enviado: lunes, 20 de diciembre de 2021 13:05

Para: Perez tarazona Yodashira Karen <yodashira.perez@comercio.com.pe>; Grecia Patricia Llanos Peña <grecia.llanos@prensmaart.pe>; Cometero Baila Oscar Antonio <oscar.cometero@comercio.com.pe>; Herzon Pinedo Chuqui <herzon.pinedo@prensmaart.pe>

Cc: Galindo Mori Arturo <arturo.galindo@comercio.com.pe>; saludocupacionalelcomercio@gmail.com <saludocupacionalelcomercio@gmail.com>; Cores Aguilar Veronica Rosario <veronica.cores@comercio.com.pe>

Asunto: Aprobación del Plan de Vigilancia y control del COVID - 19 en el Trabajo

Estimados Miembros del comité

Les adjunto el Plan actualizado de Vigilancia Prevención y control frente al COVID – 19 para su revisión y aprobación.

Muchas Gracias

Saludos:

Joselyn Ramirez Nieto

Analista de Seguridad Laboral y Medio Ambiente

Empresa Editora El Comercio – Gestión de Planos

946 445 245

joselyn.ramirez@comercio.com.pe

X. ANEXOS

Anexo 01: Ficha de sintomatología COVID-19

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19

Como parte de las medidas de prevención y control dispuestas por el Ministerio de Salud, a partir de la emergencia sanitaria declarada mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA, requerimos por favor nos proporcione la siguiente información relacionada a su estado de salud y antecedentes médicos. Garantizaremos la más absoluta confidencialidad y reserva de la información que usted nos proporcione, la cual se sujetará a las disposiciones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales, Ley 29733 y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS.

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------|
| Apellidos y Nombres: | | | |
| N° DNI / CE : | | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| N° Celular: | | País/Ciudad de procedencia: | |
| Dirección actual | | | |
| Puesto de Trabajo: | | Área de Trabajo: | |
| Fecha de Declaración | | | |
| Considere sus respuestas en función a últimos 14 días: | | | |
| 1. Usted presenta alguno de los siguientes síntomas: (Marque con una X) | | | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Nauseas o vómitos | |
| <input type="checkbox"/> Tos seca o productiva | <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar (Disnea) | <input type="checkbox"/> Diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Dolor de músculos y/o articulaciones | <input type="checkbox"/> Pérdida del olfato | |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input checked="" type="checkbox"/> <u>Dolor de Cabeza</u> | <input type="checkbox"/> Pérdida del Gusto | |
| Fecha de inicio de síntomas: | <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno | | |
| 2. ¿En los últimos 14 días tuvo contacto directo con alguna persona con COVID 19? | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No | | | |
| 3. ¿Usted padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades o condiciones? | | | |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Crónica | <input type="checkbox"/> Asma | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad o tratamiento inmunosupresor | | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Cáncer | | |
| <input type="checkbox"/> Embarazo/puerperio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Mayor de 60 años | <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno | | |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica | | | |
| 4. ¿Está tomando alguna medicación? Detalle cual o cuales: | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí, Detalle: _____ <input type="checkbox"/> No | | | |
| <p>Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.</p> | | | |
| <p>Firma</p> | | | |

ANEXO 02: INFOGRAFÍAS

¿Qué es el Coronavirus?

Son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfrío común, hasta un infecciones respiratorias graves como neumonías. Por sus siglas en ingles es conocido como COVID-19



¿Cómo se trasmite?



Se trasmite de persona a persona a través de gotitas que expulsa una persona enferma al toser o estornudar.

Estas gotitas pueden ser inhaladas por las personas que estan cerca al enfermo (a menos de un metro de distancia) y también quedarse en cualquier tipo de superficie y luego ser tocados por personas sanas que posteriormente se llevan sus manos contaminadas a los ojos, nariz o boca.

Síntomas más frecuentes



Ningún trabajador puede laborar con su estado de salud alterado.

USO Y CUIDADO DE LAS MASCARILLAS N95

- 

1) Antes de ponerse un respirador N95 hay que lavarse bien las manos con agua y jabón o con una solución con base alcohólica.
- 

2) Verificar que la mascarilla se encuentre en buen estado sin perforaciones y con las bandas elásticas ajustadas.
- 

3) Tome la parte ancha de la mascarilla en la palma de su mano, con la parte angosta tocando sus dedos. Las cintas deben estar por debajo de su mano.
- 

4) Ponga la parte ancha de la mascarilla por debajo de su barbilla o mentón. Cubra la nariz con la parte angosta.
- 

5) Jale la cinta de abajo detrás del cuello y la alta más larga por encima de su cabeza, hasta la parte de arriba detrás de su cabeza.
- 

6) Si el respirador tiene un clip nasal (una banda fina de metal en la parte de arriba del dispositivo), use las puntas de los dedos de ambas manos para moldear este clip de manera firme contra la nariz y la cara. No lo haga con una mano.
- 

7) Realice el control de sellado positivo: Exhale abruptamente, si la presión positiva se queda dentro de la mascarilla, no hay filtración caso contrario debe ajustar la posición de la mascarilla y/o las bandas tensoras hasta que no exista filtrado.
- 

8) Realice el control de sellado negativo: Inhale profundamente, si no hay filtración la presión hará que el respirador se adhiera a su rostro caso contrario debe ajustar la posición de la mascarilla y/o las bandas tensoras hasta que no exista filtrado.
- 

9) Quitarse la mascarilla por la parte de atrás, sin tocar la parte frontal, jalando el elástico inferior sobre la parte de atrás de la cabeza, luego hacer lo mismo con el elástico superior. Manipular exclusivamente los elásticos.
- 

10) Guardar la mascarilla en una bolsa de papel, cuidar los elásticos y no guardarla colgada o al aire libre.
- 

11) Después de guardar la mascarilla, lavarse las manos con agua y jabón o con una solución con base alcohólica.

USO Y CUIDADO DE LAS MASCARILLAS DE USO PERSONAL

- 

1) Antes de ponerse una mascarilla hay que lavarse bien las manos con agua y jabón o con una solución con base alcohólica.
- 

2) Verificar que la mascarilla se encuentre en buen estado sin perforaciones y con las bandas elásticas ajustadas.
- 

3) Identificar la posición correcta de la mascarilla (descartables quirúrgicas con la parte azul hacia fuera)
- 

4) Colocar la mascarilla cubriendo la boca y la nariz, asegurar la parte inferior a la barbilla, evitando que haya espacios entre la cara y la mascarilla.
- 

5) Si dispone de pinza nasal en la parte superior, ajustarla a la nariz pellizcándola.
- 

6) Una vez colocada la mascarilla no debemos tocarla más, si se necesita tocarla debemos lavarnos las manos con agua y jabón antes y o limpiarnos con solución hidro alcohólica.
- 

7) No se recomienda mover la mascarilla hacia la frente o la barbilla a modo de descanso ni durante ni después de su uso.
- 

8) Desechar la mascarilla cuando esté húmeda y evitar reutilizar las mascarillas de un solo uso. Las mascarillas quirúrgicas son de un solo uso.
- 

9) Quitarse la mascarilla por la parte de atrás, sin tocar la parte frontal, desecharla en un tacho con tapa de pedal y con bolsa de plástico interior.
- 

10) Lavarse las manos con agua y jabón o con una solución con base alcohólica tras desechar la mascarilla.
- 

11) En el caso de mascarillas reutilizables, éstas se deben lavar conforme a las instrucciones del fabricante.

Limpieza y Desinfección de Manos

USANDO ALCOHOL



1
APLIQUESE ALCOHOL GEL



2
FRÓTESE PALMA Y PALMA



3
FRÓTESE LAS PALMAS ENTRE SÍ



4
FRÓTESE UNA PALMA CON EL DORSO DE LA OTRA



5
FRÓTESE EL PULGAR CON LA PALMA CONTRARIA



6
FRÓTESE EL DORSO DE LOS DEDOS CONTRA LA PALMA OPUESTA



7
FRÓTESE LAS UÑAS DE UNA MANO EN LA PALMA DE LA OTRA



8
FRÓTESE LA MUÑECA CON LA PALMA DE LA MANO OPUESTA



PREVENCIÓN DEL TEMOR, DISCRIMINACIÓN Y ESTIGMATIZACIÓN COVID-19

El **COVID-19**, es una enfermedad **VIRAL** que puede contagiarse a **CUALQUIER** persona, sin distinción alguna. Por tal motivo **TODOS** debemos ejecutar las **POLITICAS INTERNAS** de la empresa para **PREVENIR** dicha enfermedad en el trabajo.

¿MALDICIÓN O CASTIGO DIVINO?



El **COVID-19** es una enfermedad producida por un **virus**, este virus es el **SARS-CoV 2**, proveniente de la familia de virus **coronaviridae**. Esta enfermedad **no es producto** de alguna **maldición o castigo divino**, ni mucho menos es el inicio del fin de los tiempos.

¿QUÉ DEBO HACER PARA PROTEGERME?



Lávate las manos frecuentemente con jabón y agua o usa un gel desinfectante



Contén la tos y los estornudos con pañuelos desechables



Desecha los pañuelos usados



Si no tienes un pañuelo, usa tu manga



Evita tocarte los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar



Evita el contacto cercano con personas que no se sientan bien

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL COVID-19 AL INGRESAR AL TRABAJO



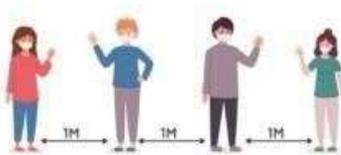
No tocar nada, ni la pared ni rejas ni otra superficie



Desinfecta tu calzado al ingresar



Uso de mascarilla obligatorio en todo momento y recuerda lavarte / desinfectarte las manos antes y después de manipularla



Guarde en todo momento la distancia de 1 metro como mínimo entre persona y persona



Lávate o desinfectate las manos al llegar al trabajo, mínimo durante 40 segundos



Desinfecta los objetos que has utilizado en la calle (celular, llaves, billetera, etc.)



Sólo ingresarán los trabajadores con Temperatura < 38°C y sin síntomas COVID-19



Notificación inmediata de cualquier síntoma COVID-19



Si tienes el cabello largo, recógetelo



Si usas tu vehículo para trasladarte, no te olvides limpiarlo y desinfectarlo con un trapo húmedo con lejía al 0,1% o alcohol al 70°



Prohibido usar joyas y/o relojes



Recuerda siempre desinfectar todo objeto que traigas al trabajo

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL COVID-19 AL INGRESAR A TU HOGAR



No tocar nada, ni la pared ni rejas ni otra superficie



Desinfecta tu calzado al ingresar



Uso de mascarilla obligatorio al salir y recuerda lavarte / desinfectarte las manos antes y después de manipularla



Si sales con mascota, recuerda limpiar sus patas al ingresar a tu hogar (no usar lejía)



Al llegar a tu casa, quítate la ropa exterior y métela a una bolsa para lavar



Recuerda siempre desinfectar todas las superficies antes de tocarlas



Desinfecta los objetos que has utilizado en la calle (celular, llaves, billetera, etc.)



Lávate las manos al llegar a casa, mínimo durante 40 segundos



Báñate al llegar a casa después de trabajar o de hacer compras



Si usas tu vehículo para trasladarte, no te olvides limpiarlo y desinfectarlo con un trapo húmedo con lejía al 0,1% o alcohol al 70º



Recuerda siempre desinfectar todo objeto que traigas a tu hogar

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL COVID-19 EN LA ATENCIÓN A PROVEEDORES



Sólo se atenderán a proveedores de manera programada



El proveedor deberá usar la mascarilla en todo momento



Sólo ingresarán los proveedores con Temperatura < 38°C y sin síntomas COVID-19



Si ingresan a nuestras instalaciones deberán desinfectarse su calzado antes de ingresar.



El proveedor deberá dejar el producto en la zona indicada y luego alejarse dos metros



Con el proveedor alejado, el personal podrá acercarse al producto para desinfectarlo y luego trasladarlo



La desinfección del producto debe ser con lejía al 0.1% o alcohol al 70º y uso de guantes obligatorio



La limpieza y desinfección profunda de todo el almacén debe ser semanal



Se brindará la validación del productor vía correo electrónico o vía teléfono o con el proveedor alejado dos metros

ANEXO 03

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL PARA PUESTOS DE TRABAJO CON RIESGO A EXPOSICIÓN AL COVID-19, SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO

| EPPS mínimos indispensables para el personal según lo estipulado en la Directiva Administrativa N° 321-MINSA/DGIESP-2021 | | | | | EPPS entregados según nivel de riesgo | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|----------|---------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elementos de Protección Personal | Bajo (B) | Medio (M) | Alto (A) | Muy Alto (MA) | Riesgo Bajo (B): Administrativos , Redactores que no cubren comisiones | Riesgo Medio (M): Operarios de Planta, Conductores de vehículos | Riesgo Alto (A): Redactores y Fotógrafos que cubren comisiones en hospitales y/o ambientes con casos sospechosos de COVID, funerarias, crematorios, laboratorios, etc. |
| | Mascarilla Comunitaria | X | X | | | X | X |
| Respiradores de Media Cara con Filtros | | | X | X | | | X |
| Careta Facial | | | | X | | | |
| Gafas de Protección | | | X | X | | | X |
| Guantes | | | X | X | | | X |
| Traje(MA) , Bata o delantal (A) | | | X | X | | | X |

**ANEXO 4:
CHECK LIST DE CUMPLIMIENTO MEDIDAS FRENTE AL COVID-19 EN
EL CENTRO DE TRABAJO.**

| ELEMENTO | CUMPLE (Si/No) | DETALLES 1 PENDIENTES/ POR MEJORAR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|
| Ventilación adecuada | SI | |
| Uso de medidores de CO2 (recomendable) | NO | POR IMPLEMENTAR |
| MEDIDAS DE HIGIENE | | |
| Se aseguran los puntos de lavado de manos con agua potable, jabón líquido o jabón desinfectante y papel toalla | SI | |
| Se aseguran puntos de alcohol (al 70% y en gel) para la desinfección de manos | SI | |
| Los trabajadores proceden al lavado de manos o desinfección. | SI | |
| Se colocan carteles en las partes superiores de los puntos de lavado para la ejecución adecuada del método de lavado correcto o el uso de alcohol para la higiene de manos. | SI | |
| SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO | | |
| Se difunde información sobre coronavirus y medios de protección laboral en lugares visibles. | SI | |
| Se difunde la importancia del lavado de manos, toser o estornudar cubriéndose la boca con la flexura del codo, no tocarse el rostro, entre otras prácticas de higiene. | SI | |
| Todos los trabajadores utilizan mascarilla de acuerdo con el nivel de riesgo del puesto de trabajo. | SI | |
| MEDIDAS PREVENTIVAS | | |

Se cumple con el distanciamiento físico de 1 a 1.5 metros entre trabajadores, además del uso permanente de protector respiratorio o doble mascarilla, según corresponda.

SI

Existen medidas de protección a los trabajadores en puestos de atención al cliente, mediante el empleo de barreras físicas.

SI

Se evitan las conglomeraciones durante el ingreso y la salida del centro de trabajo.

SI

Medidas Preventivas Colectivas (Ejemplo: Talleres Online sobre primeros auxilios, difusión de información sobre la COVID-19).

SI

VIGILANCIA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR

Se realiza autorreporte de los trabajadores sobre la presencia de sintomatología compatible con casos sospechosos de la COVID19

SI

ANEXO 05: PROTOCOLO DE SEGURIDAD FRENTE AL COVID-19

¡Continuamos reforzando nuestras medidas de seguridad!



Comunicación Interna Grupo El Comercio
Para:

Mensaje enviado con importancia Alta.

Responder Responder a todos Reenviar

viernes 28/05/2021 17:57



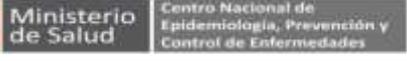
Continuamos reforzando nuestras medidas de seguridad

Como parte de nuestro **compromiso con tu salud** y la de nuestros compañeros, hemos actualizado nuestro protocolo de seguridad.

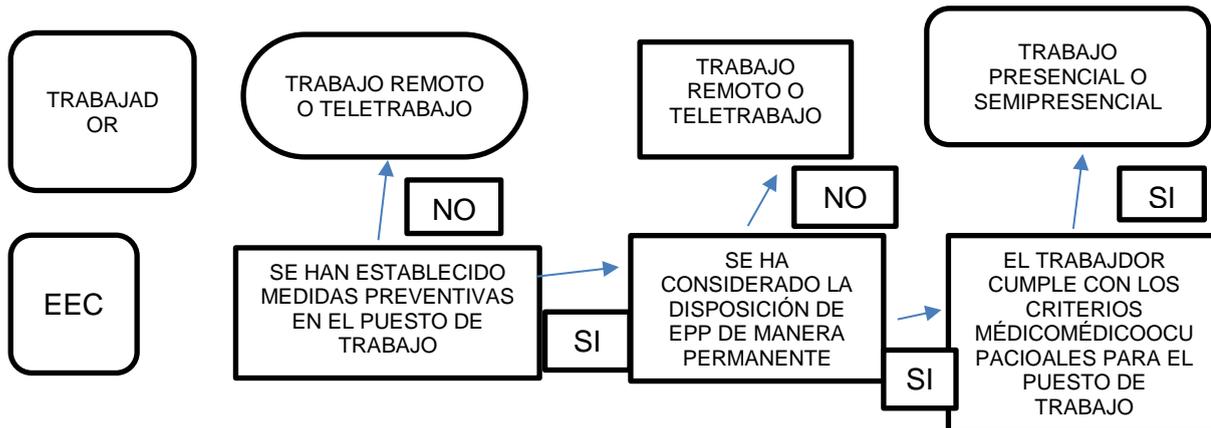
Conoce las actualizaciones de seguridad que se tomarán dentro de nuestras instalaciones **dando clic aquí**



ANEXO 06: FICHA EPIDEMIOLÓGICA

|    | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA COVID-19 | |
| I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN | |
| 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: _____ | |
| II. DATOS DEL PACIENTE: En rojo Favor llenar con números legibles | |
| 7. Apellidos y nombres: _____ N° Teléfono: _____ | |
| 8. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 9. Edad: ____ Año ____ Mes ____ Día | |
| 10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino DNI/CE/Pasaporte: _____ INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE | |
| 13. Dirección de residencia actual: _____ País: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ | |
| III. CUADRO CLINICO | |
| 14. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ | |
| 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: ____/____/____ 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"/> Tos <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica: Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Muscular <input type="checkbox"/> Pecho Congestión nasal Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Articulaciones Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión Otros, especificar: _____ Fiebre/escalofrío _____ | |
| 22. Signos: Temperatura: _____ °C <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar <input type="checkbox"/> Inyección conjuntival <input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea Exudado faríngeo <input type="checkbox"/> Convulsión <input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal Otros, especificar: _____ | |
| 23. Condiciones de comorbilidad Embarazo (Trimestre: _____) <input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas) <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión) <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Daño hepático <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> | |
| IV. Información de viaje y exposición en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático) | |
| 24. Ocupación <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajador de salud <input type="checkbox"/> Trabaja con animales <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Trabajador de salud en laboratorio | |
| 25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido | |
| 26. Si la respuesta es Si, especifique los lugares a los que el paciente viajó: País _____ Ciudad _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ | |
| 27. ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días antes del inicio de síntomas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido Si la respuesta es Si, nombre del EESS _____ | |
| 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: NO Entorno de salud <input type="checkbox"/> Entorno familiar <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ | |
| 29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días antes del inicio de síntomas? Si No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Si la respuesta es si, liste los datos de los casos confirmados o probables: Caso 1: _____ Caso 2: _____ Caso 3: _____ Si la respuesta es si, marque el entorno, según corresponda: Entorno de salud <input type="checkbox"/> Entorno familiar <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____ | |
| 30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días antes del inicio de síntomas? Si No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____ | |
| V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio) | |
| 31. Fecha de toma de muestra: ____/____/____ | |
| 32. Tipo de muestra: _____ 33. Tipo de prueba: _____ | |
| 34. ¿Se realizó secuenciamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido | |
| 35. Fecha de resultado de laboratorio: ____/____/____ | |
| VI. INVESTIGADOR | |
| 36. Persona que llena la ficha: _____ | |
| 37. Firma y sello: _____ | |

**ANEXO No 7
FLUJOGRAMA PARA EVALUAR LA PERTINENCIA DEL TRABAJO REMOTO, SEMIPRESENCIAL O PRESENCIAL**



**ANEXO N°8
Regreso progresivo de los trabajadores a las actividades laborales en el contexto de la pandemia por COVID-19**

- i. Identificar los puestos de trabajo con asistencia imprescindible
- ii. Acondicionamiento de infraestructura
- iii. Garantizar distanciamiento seguro en los puestos de trabajo
- iv. Implementar medidas de protección colectiva
- v. Establecer controles de riesgo, distanciamiento y ventilación
- vi. Garantizar y proveer de EPPs
- vii. Vigilancia de salud del trabajador permanente
- viii. Monitorear los factores de riesgo psicosocial
- ix. Evaluar la necesidad del retorno de los trabajadores de grupos de riesgo, según el nivel de alerta de acuerdo a la tabla siguiente:
SI=Retorna al trabajo presencial o Mixto y NO=NO retorna al trabajo

| NIVEL DE RIESGO | NIVEL DE ALERTA POR DEPARTAMENTO-COVID-19 | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | NIVEL EXTREMO | | | NIVEL MUY ALTO | | | NIVEL ALTO | | | NIVEL MODERADO | | |
| MUY ALTO | SI | NO | NO | SI | NO | NO | SI | NO | NO | SI | NO | NO |
| ALTO | SI | NO | NO | SI | NO | NO | SI | NO | NO | SI | NO | NO |
| MEDIANO | SI | NO | NO | SI | NO | NO | SI | SI | NO | SI | SI | NO |
| BAJO | SI | NO | NO | SI | SI | NO | SI | SI | NO | SI | SI | NO |
| CONDICIÓN | SIN RIESGO INDIVIDUAL | GRUPO DE RIESGO VACUNADO | GRUPO DE RIESGO NO VACUNADO | SIN RIESGO INDIVIDUAL | GRUPO DE RIESGO VACUNADO | GRUPO DE RIESGO NO VACUNADO | SIN RIESGO INDIVIDUAL | GRUPO DE RIESGO VACUNADO | GRUPO DE RIESGO NO VACUNADO | SIN RIESGO INDIVIDUAL | GRUPO DE RIESGO VACUNADO | GRUPO DE RIESGO NO VACUNADO |

**ANEXO 9:
PROCEDIMIENTO PARA EL REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL
TRABAJO.**

**DECLARACIÓN DE CONOCER LOS RIESGOS DE RETORNO O
REINCORPORACIÓN AL CENTRO LABORAL**

Fecha: de.....del 2021

Hora:

Yo..... con No de DNI.....

declaro lo siguiente:

El Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo me ha informado y he comprendido sobre todos los riesgos que implica mi regreso o reincorporación en modalidad presencial o mixta a mi centro laboral. De acuerdo con la normativa vigente.

Esta declaración no implica que sea responsable de los daños en mi salud que puedan generarse por accidentes o riesgos laborales.

Firma o huella digital del colaborador

DNI N°:

Firma o huella digital de
personal del Servicio de SST

DNI N°: