Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien me identifico con el Número de DPI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien desempeñare el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doy fe de haber recibido el proceso de Inducción a las Normativas de Protocolos de COVID-19 y confirmo que he comprendido cada uno de los protocolos para contener el virus.

|  |  |
| --- | --- |
| **FUI INFORMADO DE:** | **FIRMA DE CONFORMIDAD Y CONOCIMIENTO:** |
| 1. Realizar la fila, guardando el debido distanciamiento para aplicar alcohol gel. |  |
| 1. Aplicar alcohol gel en las manos antes de ingresar a la empresa. |  |
| 1. Indicar al Médico de Personal y/o Enfermera Auxiliar si presenta algún síntoma (dolor de garganta, congestión nasal, falta de gusto y olfato, dificultad para respirar, diarrea, etc.), relacionado al COVID-19. |  |
| 1. Notificar previamente a su ingreso a la empresa si hay un familiar que viva con usted y que haya dado positivo al COVID-19. |  |
| 1. Utilizar las mascarillas proporcionadas por las empresas conforme los días asignados: lunes, miércoles y viernes: mascarilla color azul con logo de la empresa, los días martes, jueves y sábado: mascarilla color blanca con logo de la empresa. |  |
| 1. Lavarse correctamente las manos de manera constante: al tocar superficies, antes y después de comer, después de utilizar el sanitario, al toser o estornudar. |  |

De la misma forma ratifico mi nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y número de identificación DPI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y confirmo que la firma anterior pertenece a mi persona.

F). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_