

DECLARACIÓN JURADA

Por medio del presente documento yo, Rosa Anthoanet Soto Medina identificado con DNI N° 10002158, CMP N° 35424 y RNE 18164, declaro con domicilio en Loma de las Campanillas 170, teléfono fijo celular 995954154, correo electrónico anthurose@hotmail.com declaro en honor a la verdad lo siguiente:

1. Soy Médico Asociado de Dr Mas, identificada con RUC N° 1010021582, (en adelante, "DOCTOR + S.A.C."), al que actualmente estoy asociado, realizando actividades médicas como especialista en: Cardiología.
2. Que estoy enterado y tengo pleno conocimiento de que formo parte del grupo con factores de riesgo para COVID-19, conforme a lo establecido en el numeral 7.3.4 del Artículo Único de la Resolución Ministerial N° 283-2020 por la cual modifican Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Salud de los Trabajadores con Riesgo de Exposición a COVID-19", aprobado por Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y modificado mediante Resolución Ministerial N° 265-2020-MINSA.
3. Que a fecha de la presente Declaración Jurada presento los siguientes factores de riesgo:

Edad mayor de 65 años	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial no controlada	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardiovasculares graves	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>
Asma moderada o grave	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis	<input type="checkbox"/>
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor	<input type="checkbox"/>
Obesidad con IMC de 40 a más	<input type="checkbox"/>

(Marque con una cruz los Factores de Riesgo en los que se encuentra incurso)

4. Asimismo, La Dirección Médica de DOCTOR + S.A.C. me ha informado que la reanudación de las actividades médicas no incrementa mi exposición a riesgo.
5. Voluntariamente deseo concurrir a DOCTOR + S.A.C. a reanudar mis actividades médicas.
6. La Dirección Médica de DOCTOR + S.A.C. me ha informado sobre la identificación del peligro, la valoración del riesgo y la aplicación de jerarquía de controles sobre mis actividades, ante el riesgo de contagio por COVID-19.
7. La Dirección Médica de DOCTOR + S.A.C. me ha informado y remitido información sobre las medidas preventivas que se han tomado en DOCTOR + S.A.C.
8. La Dirección Médica de DOCTOR + S.A.C. me ha informado de los signos y síntomas característicos del SARV CoV2-COVID19 señalados en el Anexo 2 del Documento Técnico "Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID19" contenido en la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA. Al respecto, declaro que, a la fecha del retorno a mis actividades, no presento dicha sintomatología.
9. La Dirección Médica de DOCTOR + S.A.C. me ha informado de que DOCTOR + S.A.C. cumple con la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y modificatorias; su Reglamento y modificatorias; las disposiciones legales emitidas para la vigilancia, prevención y control del COVID-19, según la Resolución Ministerial No. 239-2020-MINSA y modificatorias; y las demás normas sanitarias que emita la Autoridad Nacional Sanitaria.

10. La Dirección Médica de DOCTOR + S.A.C. me ha informado que garantiza la entrega, capacitación sobre su uso adecuado, conservación y eliminación de los Equipos de Protección Personal (EPP) para el desarrollo de mi actividad médica.
11. Sin perjuicio de los factores de riesgo declarados, en caso de tener sospecha y/o confirmación de COVID-19, me comprometo a comunicarlo de inmediato y manera fehaciente a la Dirección Médica o persona que ésta autorice. De igual manera, me comprometo a suscribir nuevamente la presente Declaración Jurada en caso de incurrir en alguno de los factores de riesgo descritos en el párrafo que antecede que no hayan sido declarados previamente, así como a comunicar de inmediato y manera fehaciente a la Dirección Médica o persona que ésta autorice factores distintos a los declarados previamente y que fuera obligatorio declarar en virtud de nueva norma o disposición que pueda dictar el Gobierno de la Nación y/o las autoridades competentes.
12. A pesar de lo expuesto, declaro que es mi decisión reanudar mi actividad en DOCTOR + S.A.C., como especialista en ____Cardiología bajo mi responsabilidad; por tanto, con mis conocimientos como profesional de la salud y consciente del riesgo al que me expongo, excluyo a esta institución de cualquier responsabilidad civil contractual y/o extracontractual, penal, administrativa u otra referente a mi estado de salud por posibles contagios por COVID-19.
13. Además, declaro bajo juramento y en honor a la verdad que, a fecha de la presente, mi persona no se encuentra en goce de licencia de ningún tipo otorgada por las instituciones del MINSA o ESSALUD, comprometiéndome en caso de entrar en licencia a comunicarlo de inmediato y de manera fehaciente a la Dirección Médica o persona que ésta autorice, indicando las fechas de inicio y fin de la licencia, así como cualquier otro detalle que ésta deba conocer.
14. Finalmente, declaro tener conocimiento de que, sin perjuicio de lo declarado por medio del presente documento, la última decisión acerca de la reanudación de mi actividad en DOCTOR + S.A.C. recae en la Dirección Médica o persona que ésta autorice.

Para que así conste y surta efectos, firmo el presente documento.

Lima, ____09__ de ____Agosto__ del 2022

Rosa Anthoanet Soto Medina

Nombre completo y firma del

<https://www.facebook.com/1632818400346527/posts/pfbid0kUex7U7Qb7oSBiVw9i7Cr4HUQWh97ZuNqeCp7wNxo1tRu8A2szzVpHuBuoTVTYvWI/> Asociado

El Representante Legal y Director Médico firman la presente Declaración Jurada, en señal de conformidad y veracidad de la información declarada por Médico Asociado.

Nombre completo y firma del Representante Legal

Nombre completo y firma del Director Médico de DOCTOR + S.A.C.