



**PROTECCION DE TRABAJADORES PORTUARIOS**

**ANEXO I**

**DECLARACION JURADA-COVID 19 DEL TRABAJADOR PORTUARIO**

Con la finalidad de reducir el riesgo de exposición de los trabajadores portuarios, conforme la definición del “Protocolo Coronavirus COVID – 19 – ACCIONES A SEGUIR ANTE DETECCION DE CASO SOSPECHOSO / POSITIVO” del 19/04/2020, Rev. 1, minimizando los riesgos de exposición al virus COVID 19, el CONSORCIO DE GESTION DEL PUERTO DE BAHIA BLANCA, y en orden a lo dispuesto por la Autoridad Sanitaria Nacional en cuanto a “caso sospechoso” y “zonas de transmisión local” se le solicita a Ud., declare BAJO JURAMENTO DE DECIR VERDAD LO SIGUIENTE:

Lugar:

Fecha: / /

CUESTIONARIO (marque lo que corresponda)

1. EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS ¿HA REGRESADO AL PAIS DESDE EL EXTERIOR O HA TRABAJADO EN PUERTO DE PAIS EXTRANJERO?

Sí ( ) ¿Desde qué país? \_\_\_\_\_ ¿Que Puerto? \_\_\_\_\_ . No ( )

En caso de respuesta afirmativa indique fecha de ingreso: Fecha de trabajo en puerto extranjero:

2. CONVIVE CON ALGUNA PERSONA QUE HAYA REGRESADO DEL EXTERIOR DEL PAIS EN LOS ULTIMOS 14 DÍAS?

Sí ( ) ¿Desde qué país? \_\_\_\_\_ . No ( )

En caso de respuesta afirmativa indique fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

3. EN LOS ULTIMOS 14 DIAS ¿HA ESTADO EN CONTACTO ESTRECHO O CONVIVE CON ALGUIEN QUE DIO POSITIVO O ESTÁ EN ESTUDIO COMO CASO SOSPECHOSO DE COVID-19?

Sí ( ) No ( )

En caso de respuesta afirmativa indique última fecha de contacto estrecho: \_\_\_\_\_

4. EN LOS ULTIMOS 14 DIAS ¿ALGUIEN CON QUIEN HA ESTADO EN CONTACTO O CONVIVE, ESTUVO EN CONTACTO CON UNA PERSONA LA CUAL ES COVID?19 POSITVO O ESTÁ EN ESTUDIO COMO CASO SOSPECHOSO DE COVID-19?

Sí ( ) No ( )



**PROTECCION DE TRABAJADORES PORTUARIOS**

**ANEXO I**

**DECLARACION JURADA-COVID 19 DEL TRABAJADOR PORTUARIO**

En caso de respuesta afirmativa indique última fecha de contacto estrecho: \_\_\_\_\_

5. UD. CONVIVE O ESTUVO EN CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS CON PERSONAS QUE DESARROLLAN ACTIVIDAD EN CENTROS DE SALUD O SERVICIOS DE SEGURIDAD AFECTADOS A CONTROL COVID-19?

Sí ( ) No ( )

En caso de respuesta afirmativa indique última fecha de contacto con el personal indicado Nombre del Establecimiento de Salud o Servicio de Seguridad \_\_\_\_\_

6. ¿EN LOS ÚLTIMOS DOS DÍAS USTED O ALGUIEN CON QUIEN USTED HA ESTADO EN CONTACTO ESTRCHO O CONVIVE, TUVO O HA TENIDO FIEBRE?

Sí ( ) No ( )

7. EN LOS ULTIMOS DIAS USTED NO HA CUMPLIDO ESTRICTAMENTE LAS PAUTAS DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO OBLIGATORIO O DISTANCIAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO OBLIGATORIO DISPUESTO POR EL GOBIERNO NACIONAL SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA O PROCEDENCIA?

Sí ( ) Motivo \_\_\_\_\_ No ( )

8. ADEMÁS DE LA FIEBRE, USTED O CON QUIEN USTED ESTUVO EN CONTACTO ESTRECHO EN LOS ÚLTIMOS DOS DÍAS ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SÍNTOMAS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN? Sí ( ) No ( )

Respuesta afirmativa: Marque con una cruz los síntomas que tuvo:

FIEBRE ( )

TOS ( )

DOLOR DE GARGANTA ( )

DOLOR DE CABEZA ( )

PERDIDA DE OLFATO ( )



**PROTECCION DE TRABAJADORES PORTUARIOS**

**ANEXO I**

**DECLARACION JURADA-COVID 19 DEL TRABAJADOR PORTUARIO**

FALTA DE ALIENTO (DIFICULTAD PARA RESPIRAR) ( )

CANSANCIO ( )

Otro asimilable:

9. POSEO ART. ...SI ( ) NOMBRE..... NUMERO DE AFILIADO:

NO ( ) MOTIVO

10. POSEO SEGURO MEDICO ASISTENCIAL/OBRA SOCIAL PRIVADA SI ( ) NOMBRE DE PRESTADOR/ASEGURADOR .....NUMERO DE AFILIADO.....

EN LO SUCESIVO Y ANTES DE INGRESAR A MI TRABAJO O TRANSITAR POR ZONA PORTUARIA A LOS EFECTOS DE LA TAREA O SERVICIO PARA EL CUAL FUI CONTRATADO, ME OBLIGO A INFORMAR A LA EMPRESA PARA LA CUAL LABORO O PRESTO SERVICIOS, SI HE PRESENTADO SINTOMAS COMO FIEBRE, TOS, DOLOR DE GARGANTA Y/O DIFICULTAD RESPIRATORIA U OTRO SINTOMA ASIMILABLE A SOSPECHA DE COVID 19, ASI COMO SI HE ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA ENFERMA O POSITIVA DE COVID-19, O QUE DURANTE LOS ULTIMOS 14 DÍAS HAYA REGRESO AL PAIS DESDE EXTERIOR.

ASIMISMO, ME COMPROMETO A INFORMAR DE FORMA INMEDIATA A LA EMPRESA PARA LA CUAL PRESTO SERVICIO O AL RESPONSABLE JERARQUICO MÁS CERCANO A MI PUESTO DE TRABAJO, SI DURANTE MI ESTANCIA EN ZONA PORTUARIA SE ME HAN MANIFESTADO SINTOMAS COMPATIBLES CON COVID 19 O HE MANTENIDO CONTACTO ESTRECHO CON ALGUN CASO IDENTIFICADO COMO SOSPECHOSO, MENCIONANDO ASIMISMO QUE CONTACTO ESTRECHO HE MANTENIDO A SU VEZ CON OTRAS PERSONAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.

ME NOTIFICO DE QUE EN TODO MOMENTO DURANTE MI PERMANENCIA EN ZONA PORTUARIA DEBERÉ MANTENER UNA DISTANCIA DE UN METRO Y MEDIO MÍNIMO DE OTRAS PERSONAS Y A UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y ASÍ COMO CUMPLIR CON LAS PAUTAS INDICADAS EN LOS PROTOCOLOS APLICABLES EN CADA CASO CONFORME ACTIVIDAD A DESARROLLAR

ME OBLIGO A COMPLETAR, CON CARÁCTER PREVIO AL INGRESO A ZONA PORTUARIA, LA APP CUIDAR Y OBTENER EL "CERTIFICADO DE CIRCULACION COVID-19" (EXCEP. ART. 6 DNU 297/2020) Y EXHIBIRLO EN MODO DIGITAL O IMPRESO EN TODA OPORTUNIDAD EN QUE ME SEA REQUERIDO, MANTENIENDO EL



**PROTECCION MARITIMA DE BUQUES E INSTALACIONES PORTUARIAS**

**PROTOCOLO**

Rev.: 2

Emitido: 19/04/2020

Revisado: 07/07/2020

**PROTECCION DE TRABAJADORES PORTUARIOS**

**ANEXO I**

**DECLARACION JURADA-COVID 19 DEL TRABAJADOR PORTUARIO**

POSICIONADOR GEOREFERENCIAL ACTIVADO DURANTE MI ESTANCIA EN PUERTO Y, EVENTUALMENTE, CONCLUIDA EL TRABAJO EN ZONA PORTUARIA POR AL MENOS 14 DÍAS CORRIDOS ADICIONALES.

DE INGRESAR CON AUTOMÓVIL O MOTOCICLETA PARTICULAR A ZONA PORTUARIA ME COMPROMETO A EXHIBIR EN MODO DIGITAL O IMPRESO EL CERTIFICADO DE PATENTE DEL VEHÍCULO UTILIZADO ASOCIADO AL “CERTIFICADO DE CIRCULACIÓN-CORONAVIRUS COVID-19”

FIRMA:

ACLARACION:

DNI:

EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJA - CONTRATISTA:.....COMITENTE.....

Tel celular y fijo de contacto: Cel.....fijo.....

E-Mail.....

Tel celular contacto responsable en Empresa radicada en zona portuaria.....

Recomendaciones adicionales a tener en cuenta:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Identificacion-y-seguimiento-de-contactos>