ANEXO 1

**INSTRUMENTO 1: DECLARACION JURADA DE IDENTIFICACION DEL PERSONAL DE PLAN MERISS CONSIDERADOS EN EL GRUPO DE RIESGO POR EDAD Y FACTORES CLINICOS PARA COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDOS Y NOMBRES |  |
| OCUPACION |  |
| DEPENDENCIA/ OFICINA/ AREA |  |
| TELEFONO DE CONTACTO |  |
| DOMICILIO |  |
| DNI |  |
| Correo Electrónico |  |

Por medio de la presente, en el marco del numeral 20.1 del Decreto de Urgencia N°026-2020, Decreto Supremo N°094-2020-PCM, Resolución Ministerial N°193-2020/MINSA, Resolución Ministerial N°239-2020-MINSA, Resolución Ministerial N°265-2020-MINSA, Resolución Ministerial N°375-2020-MINSA y las normas que lo modifiquen o reemplacen. DECLARO BAJO JURAMENTO encontrarme dentro del grupo de riesgo siguiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Factores de riesgo para COVID-19 | | Marque lo correspondiente | | Observaciones: tratado y/o controlado |
| 1 | Edad mayor de 65 años | SI | NO |  |
| 2 | Hipertensión arterial |  |  |  |
| 3 | Enfermedad Cardiovascular |  |  |  |
| 4 | Diabetes Mellitus |  |  |  |
| 5 | Obesidad con Índice de Masa Corporal (IMC) de 40 a mas |  |  |  |
| 6 | Asma |  |  |  |
| 7 | Enfermedad Pulmonar Crónica |  |  |  |
| 8 | Insuficiencia renal crónica |  |  |  |
| 9 | Cáncer |  |  |  |
| 10 | Enfermedad o tratamiento inmunosupresor |  |  |  |
| 11 | Otros estados inmunosupresión |  |  |  |
| 12 | Otros Factores de Riesgo |  |  |  |

La información brindada en la presente Declaración Jurada es verdadera, en consecuencia, asumo la responsabilidad que pudiera devenir de la comprobación de su falsedad o inexactitud, así como la presentación de los documentos que acrediten tal condición a solicitud de la entidad.

Huella

CUSCO,\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 2021. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

(\*)Llenado por primera y única por el trabajador

**ANEXO 2**

**INSTRUMENTO 2: FORMATO DE COMUNICACIÓN ELECTRONICA DEL TRABAJO REMOTO/ MIXTO PARA TRABAJADORES DEL PLAN MERISS**

Yo, …………………………..identificado con DNI……………….con domicilio real ……………………………..en el cargo de……………………………………..:

Por medio de la presente, en el marco de las medidas estatales dispuestas ante el riesgo de propagación del coronavirus (COVID-19), se le comunica la decisión de la Institución del cambio de lugar de su prestación de servicios.

Por tanto, Usted realizará TRABAJO REMOTO/ MIXTO desde su domicilio o lugar de aislamiento domiciliario, conforme a lo siguiente:

DATOS DEL PERSONAL QUE REALIZARÁ TRABAJO REMOTO

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDOS Y NOMBRES |  |
| OCUPACION |  |
| DEPENDENCIA/ OFICINA/ AREA |  |
| TELEFONO DE CONTACTO |  |
| DOMICILIO |  |
| DNI |  |
| Correo Electrónico |  |

1. Duración: desde el día \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ respetando la jornada laboral previamente determinada (nota: puede aplicarse TRABAJO REMOTO hasta que dure la emergencia sanitaria COVID-19)
2. Equipos y medios informáticos, de telecomunicaciones y análogos, así como, de cualquier otra naturaleza, necesarios para la prestación de servicios:\_\_\_\_\_\_\_(desarrollar listado de equipos de y la parte encargada de proporcionar cada uno).
3. Medidas, condiciones y recomendaciones de prevención en la salud durante el desarrollo del TRABAJO REMOTO. Incluyendo aquellas para eliminar o reducir los riesgos más frecuentes de esta modalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mediante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se le informará de riesgos y medidas adicionales en esta materia.

Otros que pueden detallarse:

1. De ser el caso, se le otorgará facilidades para el acceso a sistemas, plataformas, o aplicativos informativos necesarios para el desarrollo de las funciones asignadas por la Institución; impartiendo las instrucciones correspondientes, así como las reglas de confidencialidad.
2. Se le dotara de la capacitación correspondiente, en caso del funcionamiento de sistemas, plataformas, o aplicativos informáticos distintos a los utilizados con anterioridad por el personal de Plan Meriss.

Cabe indicar que el TRABAJO REMOTO no afecta la naturaleza de su vínculo laboral, ni la remuneración ni demás condiciones derechos laborales adquiridos.

Atentamente,

(\*)Llenado por primera y única vez por el Jefe inmediato superior.

**ANEXO 3**

**INSTRUMENTO 3: MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES PARA TRABAJO REMOTO/ MIXTO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **DNI** | **NOMBRES Y APELLIDOS DEL PERSONAL** | **PUESTO LABORAL** | **AREA DE TRABAJO** | **ACTIVIDAD** | **PERIODO** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(\*)Llenado mensual por el jefe inmediato superior de sus trabajadores.

**ANEXO 4**

**INSTRUMENTO 4: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL TRABAJO REMOTO/ MIXTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **DNI** | **NOMBRES Y APELLIDOS DEL PERSONAL** | **PUESTO LABORAL** | **AREA DE TRABAJO** | **ACTIVIDAD** | **FECHA DE REPORTE** | **COMENTARIO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*)Llenado mensual por el jefe inmediato superior a sus trabajadores.

**ANEXO 5**

**INSTRUMENTO 5: MATRIZ DE REPORTE DE ASISTENCIA SEGÚN MODALIDAD DE TRABAJO REMOTO/ MIXTO. PERIODO DEL \_\_\_ AL\_\_\_ DEL MES \_\_\_\_\_\_\_DEL \_\_\_\_\_\_ (\*)**

AREA DE TRABAJO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PUESTO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **DNI** | **NOMBRES Y APELLIDOS DEL PERSONAL** | **MES: SEMANA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TOTAL DE DIAS DEL MES(\*)** | | | | | | | | **CANTIDAD DE DIAS LABORADOS** |
| **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **L** | **TR** | **TP** | **V** | **L** | **LGH** | **DM** | **DMC** |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

NOMENCLATURA

TR: TRABAJO REMOTO / TP: TRABAJO PRESENCIAL / V: VACACIONES /L: LICENCIA (OTROS), LGH:/DM: DESCANSO MEDICO /DMC: DESCANSO MEDICO COVID

(\*)Llenado mensual por el Jefe inmediato Superior.

**ANEXO 6**

**INSTRUMENTO 6: INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DEL TRABAJO REMOTO/ MIXTO. PERIODO DEL \_\_\_ AL\_\_\_ DEL MES \_\_\_\_\_\_\_DEL \_\_\_\_\_\_ (\*)**

**SERVIDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AREA DE TRABAJO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PUESTO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ACTIVIDADES** | **MES: SEMANA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TOTAL DE DIAS DEL MES(\*)** | | | | | | | | **CANTIDAD DE DIAS LABORADOS** |
| **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **L** | **TR** | **TP** | **V** | **L** |  | **DM** | **DMC** |  | |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

NOMENCLATURA

TR: TRABAJO REMOTO / TP: TRABAJO PRESENCIAL / V: VACACIONES /L: LICENCIA (OTROS),/DM: DESCANSO MEDICO /DMC: DESCANSO MEDICO COVID.

(\*)Llenado mensual por el trabajador y enviado a su jefe inmediato.