

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

16d327a910fb24f06244b3fbbd7c42fb51271d0a8a3e5a9e0521e6aeb1e07d56

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.

**Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el  
trabajo – versión 09**



**FEBRERO 2023**

## Índice de Contenido del Plan

|   |    |
|---|----|
| I. DATOS DE LA EMPRESA.....   | 3  |
| II. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO .....  | 3  |
| III. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.....                         | 3  |
| IV. NOMINA DE TRABAJADORES POR RIESGO A EXPOSICIÓN A COVID 19 .....                     | 5  |
| V. RESPONSABILIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN .....                                | 6  |
| VI. PRESUPUESTO Y PROCESO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN ..... | 7  |
| VII. PROCEDIMIENTO PARA EL REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO .....                   | 8  |
| <b>1. PROCESO PARA EL REGRESO AL TRABAJO</b> .....                                      | 8  |
| <b>2. PROCESO PARA LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO</b> .....                              | 8  |
| VIII. LISTA DE CHEQUEO DE VIGILANCIA (CHECKLIST) .....                                  | 10 |
| IX. DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.....          | 13 |
| Reunión Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo .....                                 | 13 |
| <b>ANEXO 1</b> .....  | 15 |
| <b>ANEXO 2</b> .....  | 16 |
| <b>ANEXO 3</b> .....  | 17 |

## I. DATOS DE LA EMPRESA

| Ítem         | Descripción                                 |
|--------------|---|
| Razón Social | Villas Oquendo S.A. Centro Logístico        |
| RUC          | 20508782013                                 |
| Dirección    | AV 28 DE JULIO 753 OFICINA 301 Urb. Ocharán |
| Región       | Lima  |
| Provincia    | Lima  |
| Distrito     | Miraflores                                  |

## II. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

- Sede Miraflores (domicilio fiscal): Av. 28 de Julio 753, Oficina 301, Urb. Ocharán, Distrito de Miraflores.
- Sede Callao – Centro Logístico 1 (domicilio real): Calle G s/n, Parcela 1, Terreno Ribereño al mar, Callao.
- Sede Callao – Centro Logístico 2: Avenida Carlos Izaguirre, Fundo Oquendo, parcela 4, sección 5. Altura Terminal Pesquero, Callao.

## III. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nómina de profesionales para el monitoreo y vigilancia de la salud de sus trabajadores con riesgo a exposición a COVID-19:

| Nombres y apellidos             | Puesto   | DNI      |
|---------------------------------|--|----------|
| ELIAS CONTERNO, ALBERTO MARTIN  | Representante Legal - Miembro de comité SST.           | 08236180 |
| ESPINOSA SAAVEDRA, JOSE ANTONIO | Gerente de Operaciones-Miembro de comité SST.          | 06674610 |
| FUKUSAKI INFANTAS, EYGO         | Médico Ocupacional                                     | 43075743 |
| ESCALANTE LEON, RUBEN ALBERTO   | Jefe de Dirección y Gestión Humana                     | 09671939 |
| ALARCO BREÑA, JOSE ANTONIO      | Jefe de Seguridad y Protección -Miembro de comité SST. | 42685751 |
| VALVERDE BOGGIO, PAOLA          | Asistente Social                                       | 40293870 |
| POZO GALAN CARLOS AUGUSTO       | Inspector de importación -Miembro de comité SST.       | 25869511 |
| MORI TORRES SERGIO JOSE         | Control Documentario - Miembro de comité SST           | 41367535 |
| HINSBIS ESPINOZA BRENT JUNIOR   | Supervisor de Operaciones - Miembro de comité SST.     | 41691238 |
| GARAYAR CANCHOA HENRY EDWAR     | Enfermero ocupacional                                  | 43075743 |

### Nómina de Profesionales de la Salud

|                          |                            |                              |  |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--|
| <b>Tipo de Documento</b> | <b>Número de Documento</b> | <b>Nombres y apellidos</b>   | <b>Fecha de Nacimiento</b>   |
| DNI                      | 43075743                   | Eygo Fukusaki Infantas       | 01/06/1985   |
| <b>Edad</b>              | <b>Profesión</b>           | <b>Número de colegiatura</b> | <b>Correo electrónico</b>  |
| 35                       | Medicina                   | 58715                        | <a href="mailto:Eygo.fukusaki@gmail.com">Eygo.fukusaki@gmail.com</a> |
| <b>Celular</b>           | <b>Puesto de trabajo</b>   | <b>Lugar de Trabajo</b>      |  |
| 996580366                | Médico Ocupacional         | Sede Callao                  |  |

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|

|                          |                            |                              |  |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--|
| <b>Tipo de Documento</b> | <b>Número de Documento</b> | <b>Nombres y apellidos</b>   | <b>Fecha de Nacimiento</b>   |
| DNI                      | 77539382                   | HENRY EDWAR GARAYAR CANCHOA  | 11/11/1995   |
| <b>Edad</b>              | <b>Profesión</b>           | <b>Número de colegiatura</b> | <b>Correo electrónico</b>  |
| 25                       | Enfermería                 |                              | <a href="mailto:hgarayar@logisticaoquendo.com">hgarayar@logisticaoquendo.com</a> |
| <b>Celular</b>           | <b>Puesto de trabajo</b>   | <b>Lugar de Trabajo</b>      |  |
| 962593960                | Enfermero                  | Sede Callao                  |  |

Villas Oquendo S.A. (en adelante, “la Compañía”) cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que garantiza el bienestar de todos los trabajadores y tiene como finalidad prevenir cualquier situación de riesgo que pueda afectar su salud o seguridad, así como la de cualquier otro usuario que se encuentre en nuestras instalaciones.

En esa medida, para efectuar cualquier consulta relacionada a las medidas de prevención establecidas en el presente Plan y/o reporte relacionado a síntomas de COVID-19 por favor dirigirse al correo electrónico [ralarcon@logisticaoquendo.com](mailto:ralarcon@logisticaoquendo.com) y/o al teléfono 944 673 679.

El Plan COVID-19 de la Compañía se aplica a todas las actividades que realiza. Asimismo, comprende a todos los trabajadores, practicantes, proveedores y visitantes que ingresen a sus instalaciones.

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

##### **SEDE CALLAO – CENTRO LOGÍSTICO 1**

##### **SEDE CALLAO – CENTRO LOGÍSTICO 2**

##### **SEDE MIRAFLORES**

Villas Oquendo S.A. es parte del conjunto empresarial GRUPO OQUENDO, cuya oficina principal es compartida con nuestra sede en Miraflores. Dicho lugar únicamente sirve para propósitos de fijar un domicilio legal y fiscal, siendo que el mismo se recibe cualquier comunicación o notificación legal y es posteriormente enviada a nuestra Sede Callao. Dicha recepción y remisión de documentos se hace como una cooperación o colaboración entre empresas vinculadas, sin que exista ningún vínculo contractual o prestación de servicios de por medio.

En consecuencia, ningún personal ubicado en la Sede Miraflores mantiene vínculo laboral o presta servicios remunerados de ningún tipo con VILLAS OQUENDO S.A.

Sin perjuicio de ello, pasamos a listar el personal que desarrolla actividades en tal local para las otras dos empresas de nuestro grupo:

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|

## V. RESPONSABILIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN

En base al contenido del presente plan, se detallan las siguientes responsabilidades que deberán ejecutarse para su cumplimiento:

- **La Jefatura de Administración y Finanzas es la encargada de:**
  - ✓ Supervisar las acciones necesarias para la adquisición de equipos de protección personal y los bienes sanitarios.
  - ✓ Suministrar en forma diaria a los trabajadores el material higiénico apropiado y suficiente como agua adecuada para lavado de manos, alcohol en gel, jabón, mascarillas a quienes corresponda, y demás elementos de protección sanitaria, según las funciones laborales.
  - ✓ Entregar al responsable del tópico médico, el stock de materiales médicos necesarios para la adecuada atención de casos sospechosos por coronavirus.
  - ✓ Determinar dentro de las instalaciones un lugar de aislamiento cercano a la puerta de ingreso a fin de facilitar la evacuación de casos sospechosos por coronavirus.
  - ✓ Implementar la señalética en el ingreso, salida, áreas de trabajo y puntos de contacto según lo establecido en el presente plan.
  
- **La Gerencia de Seguridad y Protección es la encargada de:**
  - ✓ Elaborar el “Plan para la Vigilancia, Prevención y Control de Covid-19 en el trabajo”.
  - ✓ Identificación del riesgo de exposición a la COVID-19 de cada puesto de trabajo, según lo establecido legalmente.
  - ✓ Verificar el cumplimiento de las medidas para evitar aglomeraciones, el aforo del local, y hacer respetar el distanciamiento físico establecido.
  - ✓ Coadyuvar en la implementación y verificación del cumplimiento del presente Plan, y el ejercicio adecuado de las competencias de las diversas áreas administrativas, dando cuenta a la Gerencia General.
  - ✓
  - ✓ Evaluar las características físicas de los ambientes del centro de trabajo, a fin de asegurar la adecuada ventilación.
  - ✓ Evaluación de riesgos para determinar si se requieren otros equipos de protección personal adicionales a los establecidos en el presente plan.
  
- **La Jefatura de Dirección y Gestión Humana es la encargada de:**
  - ✓ Supervisar la organización y actividades del área de Gestión Humana, monitoreando su desempeño con relación a las funciones que le corresponden respecto a las medidas dispuestas para mitigar la propagación del COVID-19, informando a la Gerencia.
  - ✓ Identificación del riesgo de exposición a la COVID-19 de cada puesto de trabajo, según lo establecido legalmente.
  - ✓ Supervisar el seguimiento sobre el estado de salud de los trabajadores que hayan dado positivo por coronavirus, a fin de brindar el apoyo administrativo y asistencia social necesaria al afectado y sus familiares.
  - ✓ Realizar el seguimiento y gestionar la notificación del trabajador positivo a la entidad de salud correspondiente (MINSA, EsSalud, EPS, aseguradoras de salud o IAFAS) para el manejo del paciente infectado.
  - ✓ Realizar el seguimiento clínico remoto de pacientes sospechosos o confirmados y hacer el registro del seguimiento clínico correspondiente en la Ficha F300 del SICOVID-19.
  - ✓ Gestionar la evaluación clínica para el regreso al trabajo.
  - ✓ Gestionar la evaluación clínica respectiva para dar por finalizado el aislamiento o cuarentena y la fecha probable de alta respectiva, para la reincorporación de los trabajadores identificados como caso sospechoso, caso probable o caso confirmado de COVID-19.

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|

- ✓ Proponer medidas y efectuar recomendaciones que coadyuven a la mitigación de la propagación del coronavirus en el ámbito laboral.
  - ✓ Asegurar las actividades para la sensibilización a los trabajadores sobre la prevención del contagio en el centro de trabajo.
  - ✓ Educar sobre la importancia de prevenir diferentes formas de estigmatización (respecto de COVID-19)
  - ✓ Informar de los beneficios de la vacunación.
- **Médico Ocupacional es el encargado de:**
    - ✓ Definir la aptitud para el regreso al trabajo o la reincorporación por incapacidad temporal, emitiendo el Certificado de Aptitud para el retorno a labores presenciales.
    - ✓ Realizar la evaluación clínica respectiva para dar por finalizado el aislamiento o cuarentena y la fecha probable de alta respectiva, para la reincorporación de los trabajadores identificados como caso sospechoso, caso probable o caso confirmado de COVID-19.
    - ✓ Otorgar descanso médico por el tiempo considerado para el aislamiento y/o cuarentena, cuando corresponda, ante un caso sospechoso y probable de la COVID-19.
    - ✓ Determina la pertinencia de realizar la evaluación médico ocupacional a la población trabajadora que realiza trabajo presencial que no han sido evaluadas en el último año.
  - Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo es el encargado de:
    - ✓ Aprueba y realiza el seguimiento del cumplimiento del "Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo"..
  - Trabajadores:
    - ✓ Cumplir y coadyuvar la implementación de lo dispuesto en el presente documento técnico.
    - ✓ Reportar al Servicio de SST si presenta signos y síntomas relacionados al COVID-19.
    - ✓ Para los que se encuentran en puestos de atención al cliente y durante el uso de la movilidad vehicular: portar una mascarilla KN95, o en su defecto doble mascarilla quirúrgica de tres pliegues.

El presente plan también es aplicable respecto a visitas, contratistas o proveedores, en lo que les corresponda.

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

En base a lo descrito en el presente Plan, se detallan los aspectos relevantes respecto a la adquisición de insumos que permitan el cumplimiento de este. Cabe precisar que el responsable de la planificación del presupuesto es el área de Administración, así como de la adquisición de los siguientes insumos.

| Artículo                  | Unidades requeridas aprox. | Presupuesto aprox. | Disponibilidad actual | Fecha de compra | Fecha de entrega |
|---------------------------|----------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| Jabón líquido             | 253 GLN                    | S/ 4,174.50        | 12 GLN                | 02-Ene          | 02-Ene           |
| Papel o toalla desechable | 1,155 RLL                  | S/ 10,406.55       | 24 RLL                | 02-Ene          | 02-Ene           |
| Alcohol en gel            | 75 LT                      | S/ 476.25          | 10 LT                 | 23-Ene          | 23-Ene           |
| Tachos de basura          | 15 UND                     | S/ 1,350.00        | 52 UND                | 08/04/22        | 08/04/22         |
| Mascarilla KN95           | 4,500 UND                  | S/ 6,750.00        | -                     | 13-Dic          | 13-Dic           |

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|



|                                |                             |              |            |          |          |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------|------------|----------|----------|
| Mascarilla Quirúrgica          | -                           | -            | 12,000 UND | 09/02/21 | 28/06/21 |
| Mascarilla Reusable            | -                           | -            | 100 UND    | 26/07/20 | 04/08/20 |
| Lejía                          | 110 GLN                     | S/ 1,100.00  | 8 GLN      | 02-Feb   | 02-Feb   |
| Detergente                     | Contratista los proporciona |              |            |          |          |
| Trapeadores                    | Contratista los proporciona |              |            |          |          |
| Paños de limpieza desechables  | Contratista los proporciona |              |            |          |          |
| Guantes impermeables de latex  | -                           | -            | 700 pares  | 13/05/20 | 14/05/20 |
| Bolsas plásticas de basura     | Contratista los proporciona |              |            |          |          |
| Termómetro digital BK 8005     | -                           | -            | 1 UND      | 15/10/21 | 18/10/21 |
| Traje impermeable de seguridad | -                           | -            | 134 UND    | 11-Nov   | 07-Dic   |
| Alcohol líquido                | -                           | -            | -          | -        | -        |
| Lentes de seguridad            | -                           | -            | 13 UND     | 14/05/20 | 15/05/20 |
| Alquiler de lavamanos          | 5 UND                       | S/ 17,600.00 | 5 UND      | 06/05/20 | 08/05/20 |
| Desinfección de instalaciones  | 11 VECES                    | S/ 6,380.00  | -          | -        | -        |
| Desinfección de minibus        | 11 VECES                    | S/ 880.00    | -          | -        | -        |
| Ficha de sintomatología        | 125 MLL                     | S/ 8,125.00  | 8 MLL      | 04-Nov   | 04-Nov   |

## VII. PROCEDIMIENTO PARA EL REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

A continuación, se detallan los procedimientos considerados para el regreso y reincorporación al trabajo.

### 1. PROCESO 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, bajo los siguientes criterios:

- El retorno o reincorporación del personal con factores de riesgo para COVID-19, se efectuará considerando tarea, distanciamiento, ventilación y jornada laboral.
- Para el regreso, el trabajador deberá suscribir el Anexo 3 del presente documento: "Declaración de conocer los riesgos de retorno o reincorporación al centro laboral".

### 2. PROCESO PARA LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

- 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.
- 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
- En el caso de pacientes asintomáticos con diagnóstico probable de la COVID-19, el alta médica se otorgará de acuerdo con las normativas actuales vigentes que el

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|

médico ocupacional evaluará. 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 médica la otorgara el médico ocupacional basado a las normativas actuales vigentes. Se debe tener en cuenta que este periodo puede extenderse excepcionalmente, según evaluación del médico tratante debidamente certificada. En el caso de paciente sintomáticos sin prueba confirmatoria, el alta se otorgará de acuerdo con la evaluación del médico ocupacional.
- 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.
- Para el regreso, el trabajador deberá suscribir el Anexo 3 del presente documento: "Declaración de conocer los riesgos de retorno o reincorporación al centro laboral".

### VIII. LISTA DE CHEQUEO DE VIGILANCIA (CHECKLIST)

| ELEMENTO  | CUMPLE<br>(Si/No/En<br>proceso) | DETALLES /<br>PENDIENTES/<br>POR MEJORAR |
|---|---------------------------------|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Ventilación de los ambientes del centro de labores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha instruido al personal mantener ventanas abiertas.</li> <li>Se suspende el uso de ventiladores en todos los ambientes cerrados de la empresa. Siempre que sea posible, deberán abrirse puertas y/o las ventanas de los ambientes laborales.</li> <li>El aire acondicionado cuenta con filtros UV para eliminar microorganismos</li> <li>El comedor y servicios higiénicos cuentan con extractor de aire, que asegura el recambio continuo de aire.</li> <li>Ventilación de ambientes de forma natural y/o mecánica.</li> </ul>  | SI                              |  |
| <p style="text-align: center;"><b>Uso de medidores de CO2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se mide el CO2 y se guarda registro de dicho monitoreo.</li> </ul>  | SI                              |  |
| <p style="text-align: center;"><b>Se evalúa la condición de salud de todos los trabajadores periódicamente</b></p> <p>Durante el ingreso, permanencia y salida del personal es obligatorio el uso correcto de mascarilla, como parte del equipo de protección personal. El responsable del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo realiza las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación del riesgo de exposición al COVID-19 de cada puesto de trabajo en la Matriz de riesgo de contagio COVID 19.</li> </ul> <p>Se garantiza un ambiente seguro de trabajo.</p> <p>En cuanto a las acciones para la identificación de sintomatología COVID-19 previo al ingreso al centro de trabajo de manera diaria, se indican las siguientes acciones:</p>  | SI                              |  |
| <p><b>1. Ficha de Sintomatología de la COVID-19</b></p> <p>En la puerta de ingreso principal a nuestras instalaciones, toda persona llena - la Ficha de Sintomatología COVID-19 (Anexo 2) la cual es entregada al personal de Seguridad antes de su ingreso a las instalaciones para ser revisada y administrada por el Personal de salud ocupacional. Dicha ficha también puede ser llenada de manera virtual por los colaboradores que pertenecen a la empresa. Se prohíbe el ingreso a toda persona de la cual se tenga sospecha que esté infectado con COVID-19.</p>  | SI                              |  |
| <p style="text-align: center;"><b>CASOS SOSPECHOSOS</b></p> <p>Cualquier persona ante la presencia de síntomas relacionados a la COVID-19 está en la obligación de informar al personal de vigilancia o su jefe inmediato, según corresponda.</p> <p>Como parte de las medidas excepcionales de carácter transitorio ante la emergencia sanitaria por la COVID-19 y ante un caso sospechoso y probable de COVID-19, el empleador, cuando corresponda, procederá con otorgar el descanso médico con la firma del médico tratante o médico ocupacional, por el tiempo de aislamiento y/o cuarentena para proteger y resguardar la salud e integridad del trabajador, así como del resto de la institución.</p> <p>De identificarse un caso sospechoso en trabajadores o tomar conocimiento de ser contacto con un caso confirmado, se procederá con las siguientes medidas:</p> | SI                              |  |
| <p><b>Aplicación de la Ficha epidemiológica de la COVID-19 establecida por MINSA a todos los casos sospechosos en trabajadores de bajo riesgo</b></p> <p>Derivación a un establecimiento de salud para su manejo</p>  | SI                              |  |
| <p><b>Identificación y aislamiento de casos sospechosos.</b></p> <p>Se indica aislamiento domiciliario y antes del regreso al trabajo, el médico ocupacional realiza la evaluación clínica según el Certificado de Aptitud para el retorno a labores presenciales, dando por finalizado el aislamiento y la fecha probable de reincorporación al trabajo.</p>   | SI                              |  |
| <p><b>Se realiza seguimiento clínico a distancia diariamente al trabajador identificado como sospechoso</b></p> <p>Se debe realizar seguimiento clínico por teléfono o sistemas de telemedicina, al trabajador identificado como caso confirmado que se encuentren en aislamiento. El seguimiento clínico debe ser registrado en la ficha F300 (ficha de seguimiento) del SICOVID-19 del MINSA.</p>   | SI                              |  |

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|

| <b>Brindar material e información sobre la prevención del contagio de la COVID-19, medidas de higiene y cuidado que debe llevar en casa.</b>   | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
|--|---|----------|----------|----------------------|---|---------|-------------------|---|---------|-----------------|---|---------|--|--|
| <b>MEDIDAS DE HIGIENE</b>  |   |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Se aseguran los puntos de lavado de manos con agua potable, jabón líquido o jabón desinfectante y papel toalla o puntos de alcohol</b>  | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Se ubica un punto de lavado o de dispensador de alcohol (al 70% y en gel) en el ingreso del centro de trabajo</b>   | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>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.</b>   | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO</b>   |   |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Se difunde información sobre coronavirus y medios de protección laboral en lugares visibles.</b>  | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>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.</b>  | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Todos los trabajadores utilizan mascarilla de acuerdo al nivel de riesgo del puesto de trabajo.</b>   | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Se facilitan medios para responder las inquietudes de los trabajadores respecto a la COVID-19.</b><br>Se difunde encuestas de vigilancia médica mensual donde al trabajador se le brinda el contacto del médico ocupacional para resolver cualquier inquietud.  | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Se capacita sobre la COVID-19 y medidas de disminución del riesgo de infectarse por COVID-19 en el centro de trabajo, en la comunidad y en el hogar.</b>  | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Se sensibiliza en la importancia de reportar tempranamente la presencia de sintomatología de la COVID-19 y el autoreporte de casos intradomiciliarios e intrafamiliares, constatado por un profesional de la salud.</b>   | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>El profesional de la salud del Servicio de SST educa sobre la importancia de prevenir diferentes formas de estigmatización.</b>   | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Establecer medidas preventivas para evitar actos de discriminación en los casos detectados por COVID-19 en el centro de trabajo.</b>  | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Informar sobre los beneficios de la vacunación en la prevención de formas graves de la enfermedad y la disminución de probabilidades de morir por la COVID-19.</b>  | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Se comunica a través de trípticos informativos y están dentro del programa 2023 capacitaciones.</b>   | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>MEDIDAS PREVENTIVAS</b>   |   |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Existen medidas de protección a los trabajadores en puestos de atención al cliente, mediante el empleo de barreras físicas</b><br>Se cuenta con barreras físicas de protección del personal en aquellos puestos que implican trato con el público tales como garita de seguridad, administración, puestos de balanza y control documentario (importación y exportación).<br>El personal de atención al cliente que se ubica dentro de un sitio cerrado usa mascarilla   | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Se establecen puntos estratégicos para el acopio y entrega de EPP</b><br>Medidas para el acopio de desechos y EPP usados.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Se han establecido puntos estratégicos donde se encuentran instalados contenedores especiales de color rojo de 240 litros, con bolsas del mismo color para el acopio de los EPP's usados, material descartable contaminado (guantes de látex, respiradores, mascarillas u otros), todo ello será identificado como material contaminado. El acopio de desechos se realiza al finalizar el día y se colocan en contenedores con la nomenclatura de residuos peligrosos; el área de administración es la encargada de llevar este proceso.</li> </ul> | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>Se entrega EPP de acuerdo al riesgo del puesto de trabajo</b><br>La Compañía provee mascarillas faciales o respiradores para evitar el riesgo de contaminación.   | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nivel de riesgo de exposición en puestos de atención al cliente</th> <th style="width: 40%;">EPP</th> <th style="width: 30%;">Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BAJO, administrativo</td> <td>Mascarilla quirúrgica o respirador KN95</td> <td>02 / 01</td> </tr> <tr> <td>BAJO, operaciones</td> <td>Mascarilla quirúrgica o respirador KN95</td> <td>02 / 01</td> </tr> <tr> <td>BAJO, seguridad</td> <td>Mascarilla quirúrgica o respirador KN95</td> <td>02 / 01</td> </tr> </tbody> </table>  | Nivel de riesgo de exposición en puestos de atención al cliente | EPP      | Cantidad | BAJO, administrativo | Mascarilla quirúrgica o respirador KN95 | 02 / 01 | BAJO, operaciones | Mascarilla quirúrgica o respirador KN95 | 02 / 01 | BAJO, seguridad | Mascarilla quirúrgica o respirador KN95 | 02 / 01 |  |  |
| Nivel de riesgo de exposición en puestos de atención al cliente  | EPP   | Cantidad |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| BAJO, administrativo   | Mascarilla quirúrgica o respirador KN95                         | 02 / 01  |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| BAJO, operaciones  | Mascarilla quirúrgica o respirador KN95                         | 02 / 01  |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| BAJO, seguridad  | Mascarilla quirúrgica o respirador KN95                         | 02 / 01  |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |
| <b>El trabajador utiliza correctamente el EPP</b>  | SI  |          |          |                      |   |         |                   |   |         |                 |   |         |  |  |

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|

|   |    |  |
|---|----|--|
| <b>El centro laboral promueve y facilita el esquema completo de vacunación para el SARS-CoV-2</b>   | SI |  |
| <b>SALUD DEL TRABAJADOR</b>   | SI |  |
| Se prohíbe el ingreso a toda persona de la cual se tenga sospecha que esté infectado con COVID-19.  | SI |  |
| <b>Se controla la temperatura corporal de cada trabajador</b><br>Se realiza aleatoriamente el control de temperatura corporal del trabajador antes del inicio de la jornada laboral.<br>El trabajador que presente temperatura sobre los 37.5°C deberá ser registrado y considerado para seguimiento.   | SI |  |
| <b>Se indica evaluación médica de síntomas a todo trabajador que presente temperatura corporal mayor a 37.5°C o con síntomas respiratorios</b><br>El trabajador deberá retornar a su domicilio (aislamiento domiciliario) y es derivado a un centro médico para su atención.  | SI |  |
| <b>Se consideran medidas de salud mental (especificar)</b><br>Se evalúan los riesgos ergonómicos, psicosociales, mentales, carga de trabajo, u otro que surja en el contexto de la pandemia por COVID-19, y se toman las medidas adicionales preventivas y correctivas según lo determine el área de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se establece medidas para garantizar la salud mental y conservar un adecuado clima laboral.   | SI |  |
| <b>Se registra en el SICCOVID-19 a todos los trabajadores que pasen por una prueba de la COVID-19</b>   | SI |  |
| <b>Se les otorga aislamiento domiciliario cubierto por descanso médico por un tiempo no menor a 10 días o 07 días a aquellos trabajadores diagnosticados con la COVID-19.</b><br>Los días de aislamiento se dan conforme a la normativa vigente. El trabajador suscribirá el compromiso de aislamiento, cumplimiento de normas de higiene, entre otros (ver el Anexo 1 – Declaración jurada de compromiso de aislamiento domiciliario), el incumplimiento de este compromiso bajo juramento se tomará en cuenta para su evaluación y generará acciones correctivas o sanciones según la gravedad del hecho. | SI |  |

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|

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

El presente documento fue aprobado mediante Acta de Sesión Extraordinaria del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de VILLAS OQUENDO S.A. de fecha 22 de febrero de 2023 llevado a cabo a las 11:00 horas.



### Reunión Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo

De conformidad a lo establecido en las últimas disposiciones del gobierno, en la ciudad de Callao, siendo las 11:00 horas del miércoles 22 de febrero de 2023, previa convocatoria virtual a la sesión del CSST a través de correo electrónico; se reunieron los siguientes miembros Titulares del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (CSST)

#### **ASISTENTES:**

##### **Nombre y Apellido**

1. Alberto Elías Conterno (Representante del Empleador)
2. Jose Antonio Espinosa (Representante del Empleador)
3. Jose Antonio Alarco (secretario) (Representante del Empleador)
4. Brent Hinsbis Espinosa (Representante de los Trabajadores)
5. Sergio Mori Torres (Representante de los Trabajadores)
6. Carlos Pozo Galán (Representante de los Trabajadores)

#### **AGENDA:**

1. **Presentación de la actualización del Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo V.08.**
2. **Aprobación de la actualización del Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo V.08.**

#### **DESARROLLO DE LA AGENDA:**

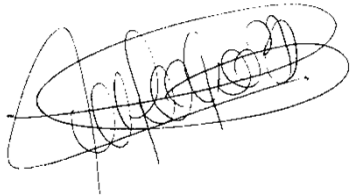
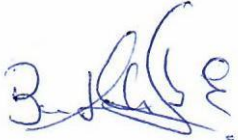
Después de la exposición realizada por el señor Alberto Elías Conterno sobre la actualización de Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo. Los miembros del CSST manifestaron su conformidad con la actualización del Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo por lo que se decide aprobar el presente documento.

#### **ACUERDOS:**

1. **Aprobación de la actualización del Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo.**

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|

Con la firma se da fe que está conforme con los acuerdos y se ha entregado una copia del acta del Comité.

|  |  |
|--|--|
|  <p>(Presidente)<br/>Alberto Elias</p>      |  <p>(Secretario)<br/>Jose Alarco</p>         |
|  <p>(Miembro)<br/>Jose Antonio Espinosa</p> |  <p>(Miembro)<br/>Brent Hinsbis Espinoza</p> |
|  <p>(Miembro)<br/>Carlos Pozo</p>         |  <p>(Miembro)<br/>Sergio Mori</p>          |

COPIA NO CONTROLADA

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p>Fecha de aprobación<br/>22-02-2023</p> | <p>Elaborado por:<br/>Jefe de Dirección y Gestión Humana</p> | <p>Revisado por:<br/>Jefe Legal Aduanero</p> | <p>Aprobado por:<br/>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo</p> |
|---|--|--|--|

**ANEXO 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE COMPROMISO DE AISLAMIENTO DOMICILIARIO**

Yo, [*indicar nombre*], identificado con Documento Nacional de Identidad No. [\_\_\_\_\_], declaro bajo juramento lo siguiente:

- Que, por el presente documento, declaro bajo juramento mi compromiso de acatar las disposiciones contenidas en la Directiva Administrativa No. 339-MINSA/DGIESP-2023 y sus posteriores modificatorias o la que haga sus veces, en el “Plan para la vigilancia, prevención y control del COVID-19 en el trabajo” de **VILLAS OQUENDO S.A.**, así como en las normas de higiene establecidas tanto por el Gobierno como por **VILLAS OQUENDO S.A.**
- Asimismo, declaro bajo juramento mi compromiso de cumplir con las medidas profilácticas y recomendaciones médicas que puedan emitir los profesionales médicos a cargo de la vigilancia de la salud de **VILLAS OQUENDO S.A.**, incluyendo requerimientos de aislamiento temporal.
- En ese sentido, me comprometo a dar cumplimiento estricto a las medidas de aislamiento temporal o cuarentena, tanto en mi domicilio o en el establecimiento de Salud al que me deriven en caso de requerirse por el médico tratante. Por lo que reitero mi compromiso para cumplir estrictamente los requerimientos médicos y medidas de salud indicadas por el médico tratante y cumplir los protocolos médicos del Ministerio de Salud.
- Finalmente, confirmo conocer y ratifico que el incumplimiento del presente compromiso, en cualquiera de sus aspectos, podrá conllevar responsabilidades de carácter laboral, administrativo o cualquier otra índole que pudiera corresponder por el incumplimiento o falsedad de la declaración, las cuales asumiré con la firma del presente documento.

Emito la presente declaración para los fines que se estimen pertinentes.

Atentamente,

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de DNI: \_\_\_\_\_

Número(s) de Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha:     /     /

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|



**ANEXO 2**

**FICHA DE SINTOMATOLOGIA COVID-19 PARA EL INGRESO A LAS INSTALACIONES DE VILLAS OQUEENDO S.A.**

**Declaración Jurada Obligatoria**

**Apellidos y nombres:**

**Área de trabajo:**

**DNI:**

**Dirección:**

**Celular:**

En los últimos 10 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

- |   | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. Sensación de alza térmica, fiebre o malestar.                  |    |    |
| 2. Dolor de garganta, tos, estornudos o dificultad para respirar. |    |    |
| 3. Dolor de cabeza, diarrea o congestión nasal.                   |    |    |
| 4. Pérdida del gusto y/o del olfato.                              |    |    |
| 5. Contacto con un caso confirmado de COVID-19.                   |    |    |
| 6. Está tomando alguna medicación (detallar cuál(es)): _____      |    |    |
| 7. Pertenece a algún Grupo de Riesgo para COVID-19.               |    |    |
| Mayor de 65 años  |    |    |
| Cáncer  |    |    |
| Enfermedad renal crónica  |    |    |
| Afecciones cardíacas  |    |    |
| DM tipo 1 o 2   |    |    |
| Obesidad (IMC > 30)   |    |    |
| Inmunosupresión   |    |    |
| Receptor de trasplante de órganos                                 |    |    |
| Enfermedad cerebrovascular  |    |    |
| Hipertensión arterial   |    |    |
| Síndrome de Down  |    |    |
| Embarazo  |    |    |
| Infección por VIH   |    |    |

Otro:  
\_\_\_\_\_

8. Estado de vacunación para SARS-CoV-2 (# de dosis)

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y he respondido con la verdad.

Fecha:     /     /

Firma del trabajador:

**ANEXO 3**

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

Fecha: ..... de ..... del 2023 Hora: .....

Yo:..... con N° 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 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 y huella digital del empleado

DNI N°:

\_\_\_\_\_  
Firma y huella digital de personal del  
Servicio de Seguridad y Salud en el  
Trabajo o empleador

DNI N°:

|                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Fecha de aprobación<br>22-02-2023 | Elaborado por:<br>Jefe de Dirección y Gestión Humana | Revisado por:<br>Jefe Legal Aduanero | Aprobado por:<br>Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|