

RM 099-2020-TR**APRUEBAN EL FORMATO Y PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN DE LA
“DECLARACIÓN JURADA”, DE LAS PERSONAS EN GRUPO DE RIESGO, QUE
DESEEN REGRESAR AL CENTRO DE LABORES**

Mediante Resolución Ministerial N° 099-2020-TR, publicada el día 27 de mayo de 2020 en el Diario Oficial “El Peruano”, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) aprobó el documento denominado “Declaración Jurada”, al que se refiere artículo 8.3 del Decreto Supremo N° 083-2020-PCM.

Esta Declaración Jurada podrá ser presentada por todas las personas que se encuentren dentro del Grupo de Riesgo, quienes por voluntad propia, deseen concurrir a ejercer labores o prestar servicios de manera presencial, durante el Estado de Emergencia (COVID-19).

Procedimiento para la presentación de la Declaración Jurada

- El trabajador solicita a su empleador, por medios físicos, digitales o virtuales, la emisión del certificado de aptitud, validado por el médico responsable de la vigilancia de la salud, o quien haga sus veces en el centro de trabajo; solo él autoriza la realización de labores presenciales en caso así lo considere.
- El empleador debe dar respuesta a la solicitud presentada por el trabajador, por medios físicos, digitales o virtuales, dentro de las 48 horas siguientes de formulada la solicitud aludida.
- Además, el empleador, dentro del plazo señalado en el anterior punto, a través del médico responsable de la vigilancia de la salud o quien haga sus veces en el centro de trabajo, informará a el trabajador que la realización de labores presenciales que le asignen no incrementa su exposición a riesgo.

Plazos y Formas para presentar la Declaración Jurada

- El trabajador remite a su empleador la Declaración Jurada correctamente firmada, en un plazo mínimo de 48 horas, previo al reinicio de la prestación de labores presencial en el centro de trabajo.
- En el plazo máximo de 24 horas previo al reinicio de las labores, el empleador devuelve el trabajador la Declaración Jurada, con la firma de su representante legal y del médico responsable de la vigilancia de la salud, o quien haga sus veces en el centro de trabajo, en

señal de aceptación y conformidad.

- Para la emisión, firma y remisión de la Declaración Jurada, los trabajadores y empleadores pueden hacer uso de tecnologías de la digitalización, información y comunicación para la sustitución de documentos físicos y firmas ológrafas.

Responsabilidades y obligaciones

- Sin perjuicio de la suscripción de la Declaración Jurada, el empleador mantiene la plena responsabilidad por la gestión de la seguridad y salud en el trabajo, y por el cabal cumplimiento de sus obligaciones en el marco de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, su Reglamento y demás disposiciones legales emitidas para la vigilancia, prevención y control del COVID-19 por parte de la Autoridad Nacional Sanitaria.
- El empleador se obliga a conservar, por medios físicos, digitales o virtuales, una copia de la Declaración Jurada, a fin de exponerla ante cualquier procedo de fiscalización de parte de las autoridades competentes.

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA

(Base legal: Artículo 8.3 del Decreto Supremo N° 083-2020-PCM)

Mediante el presente documento, yo, [_____] (*indicar nombres y apellidos completos*), identificado con Documento Nacional de Identidad N° [_____] , domicilio en [_____] , teléfono fijo [_____] , celular [_____] , correo electrónico [_____] ; declaro lo siguiente:

1. Soy trabajador/a de la empresa [_____] (*indicar razón social de la empresa*), identificada con Registro Único de Contribuyente N° [_____] , en la que actualmente ocupo el cargo/puesto de: [_____] , realizando las siguientes funciones [_____] .
2. Estoy enterado/a y tengo pleno conocimiento que formo parte integrante del grupo con factores de riesgo para COVID-19, conforme a lo establecido en las normas sanitarias emitidas por la Autoridad Nacional Sanitaria.
3. Cuento con el certificado de aptitud de mi estado de salud validado por el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/as trabajadores/as o quien haga sus veces en el centro de labores de la empresa o entidad, el que deja expresa constancia que me encuentro APTO para la prestación de labores presencial a favor de la empresa.
4. Asimismo, el empleador y/o el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/as trabajadores/as o quien haga sus veces me ha informado que la realización de labores presencial que me asignen no incrementa mi exposición a riesgo.
5. Voluntariamente deseo concurrir a trabajar a mi centro de labores.
6. Mi empleador/a me ha informado sobre la identificación del peligro, la valoración del riesgo y la aplicación de jerarquía de controles sobre mi puesto de trabajo ante el riesgo de contagio por COVID-19.
7. Mi empleador/a me ha informado y remitido información sobre las medidas preventivas que se han tomado en el centro de trabajo y en mi puesto.
8. Mi empleador me ha informado de los signos y síntomas característicos del SARV CoV2-COVID19 señalados en el ANEXO 2 del Documento Técnico "Lineamientos para 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 que a la fecha del retorno al trabajo no presento.
9. Mi empleador/a me ha informado que cumple 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 N° 239-2020-MINSA y modificatorias; y las demás normas sanitarias que emita la Autoridad Nacional Sanitaria.



SQA

10. Mi empleador/a me ha informado que garantiza la entrega, capacitación sobre su uso adecuado, conservación y eliminación de los equipos de protección personal requeridos para mi cargo/puesto de trabajo.

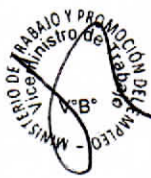
Firmado en la ciudad de [_____], el día ____ del mes de _____ de 2020.

Nombre completo y firma del trabajador/a

El/la representante legal de la empresa y el/la médico responsable de la vigilancia de la salud o quien haga sus veces en el centro de labores de la empresa firman la presente declaración jurada en señal de conformidad y veracidad de la información declarada por el/la trabajador/a.

Nombre completo y firma del representante legal

**Nombre completo, firma y sello del médico responsable
o quien haga sus veces que autoriza**



SOF