



**DECLARACION DE VERACIDAD DE CONDICIONES DE SALUD Y COMPROMISO
PARA VISITANTES**

Yo _____ identificado con Número de documento
_____ de _____ declaro bajo gravedad de juramento que:

1. Que no presento signos ni síntomas asociados a COVID-19, ni he tenido contacto en los últimos 14 días o vivo con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19.
2. Que soy responsable de mi autocuidado dentro de las instalaciones de la Universidad de Cundinamarca.
3. Que soy responsable de la utilización de los elementos de protección personal y del uso adecuado de los mismos durante la estadía en las instalaciones de la Universidad.

De igual forma me comprometo a:

4. Dar cumplimiento a los lineamientos y guías existentes frente a bioseguridad impartidos por la Universidad de Cundinamarca.
5. No presentarme a las instalaciones de la Universidad de Cundinamarca o tener contacto con funcionarios de la institución de manera presencial, si presento síntomas respiratorios o asociados a COVID 19, con el fin de preservar la integridad de la comunidad Universitaria.
6. Reportar de manera inmediata en el momento que tenga conocimiento de contacto de una persona de mi núcleo familiar o el mío propio con una persona en estudio de COVID 19.
7. No presentarme a las instalaciones de la Universidad en caso de que una persona de mi núcleo familiar o el mío propio tenga contacto con una persona en estudio o diagnosticado con COVID 19.

Como constancia y para surtimiento de los efectos oportunos, firmo el presente documento.

FIRMA _____

CC