**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:

* Dar cumplimiento a los lineamientos y guías existentes frente a bioseguridad impartidos por la Universidad de Cundinamarca.
* 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.
* 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.
* 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