

Instrucciones

1. El documento se encuentra en formato pdf, deberá imprimirlo y llenar los campos con tinta azul.
2. Escanear el documento ya firmado, al grabar el archivo electrónico favor de nombrarlo con su número de ID institucional y enviarlo al correo electrónico de recursos.humanos@udlap.mx

San Andrés Cholula, Puebla, a _____ de _____ de 2022

FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, PUEBLA
P R E S E N T E

El/La que suscribe _____ con ID _____ de la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP), manifiesto que es mi obligación realizar mis funciones para lo que estoy contratado en las instalaciones de la UDLAP.

También manifiesto lo siguiente:

1. Que he cursado y aprobado los cursos:
 - a. Uso de equipo de protección personal (EPP) y medidas de seguridad e higiene ante el COVID-19 en la UDLAP.
 - b. Todo sobre la prevención del COVID-19.
 - c. Recomendaciones para un retorno saludable al trabajo ante COVID-19.
 - d. Todo sobre protocolos de actuación para la reanudación de actividades.
2. Que utilizaré el equipo de protección personal necesario para desempeñar mis funciones que me proporciona la UDLAP.
3. Que se me han dado a conocer los lineamientos y protocolos establecidos con las disposiciones, acciones, medidas de prevención, contención y control para garantizar la seguridad de los miembros de la Comunidad UDLAP ante la emergencia sanitaria causada por la propagación de la pandemia COVID-19; en especial los siguientes: ingreso y salida de la institución, uso de espacios, monitoreo de salud de la comunidad educativa, suspensión de actividades académicas en las Instituciones de Educación Superior (IES) y manejo de contactos y casos.
4. Que conozco y cumpliré con los protocolos antes mencionados, así como lo indicado en el Retorno de empleados al campus UDLAP, ante COVID -19.
5. Que registraré el control de asistencia cuando acuda a laborar en el campus u oficina de extensión, con el objetivo de dar seguimiento a los protocolos de la Dirección de Servicios Médicos y Rehabilitación Deportiva respecto a casos COVID-19.
6. Reportaré previamente a la Dirección de Servicios Médicos y Rehabilitación Deportiva de la UDLAP, cualquier restricción médica, padecimiento de salud o condiciones que me pongan en situación de vulnerabilidad; y en caso de desarrollar algún síntoma durante mi permanencia en el campus, lo deberé informar de inmediato.
7. Observaré las medidas de protección en los trayectos de su domicilio al trabajo y viceversa.
8. Cumpliré con las disposiciones y recomendaciones emitidas por las autoridades federales y/o estatales, en relación al COVID-19.

En caso de incumplimiento me doy por enterado que podré hacerme acreedor a la terminación de la relación contractual de conformidad con lo establecido en los artículos 47 fracciones II, IV, VII, XII, 134 fracciones II, VIII, X, XI, de la Ley Federal de Trabajo, dado la omisión de ayudar, coadyuvar y/o colaborar con las medidas de higiene, cuidado y evitar la propagación del Covid-19, poniéndome en riesgo y a mis compañeros.

Declaro que no existe impedimento de ninguna naturaleza para la firma de la presente carta, por lo que no media error, dolo, mala fe, ni cualquier otro vicio del consentimiento.

Atentamente,

Nombre y firma