

FORMULARIO MIGRATORIO ESPECIAL

AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO (APO)

1. Nombres:	2. Apellidos:
2. Fecha de Nacimiento:	3. Número de pasaporte / CI:
3. Teléfono celular:	4. Punto de Ingreso al Ecuador:
5: Domicilio en Ecuador:	

....., de de 2020.

ORDEN DE AISLAMIENTO

En aplicación de las resoluciones del Comité de Operaciones de Emergencia (COE) y demás autoridades competentes, relacionadas con el ingreso de personas al país durante la vigencia del Estado de Excepción, el que suscribe cumplirá el Aislamiento Preventivo Obligatorio por un período mínimo de 14 días a partir de la fecha de arribo al Ecuador.

Reconozco que el incumplimiento de esta medida conllevará el inicio de las acciones administrativas y/o judiciales (civiles y/o penales) pertinentes, por parte de las autoridades competentes.

SELLO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD DE SALUD / GOBIERNO:

DECLARACIÓN DE COMPROMISO

Yo **(Nombres y apellidos)**..... de manera libre y voluntaria DECLARO Y ACEPTO que:

1. Mantendré el Aislamiento Provisional Obligatorio (APO), por un plazo mínimo de catorce (14) días, pudiendo prolongarse en caso de que el personal del Ministerio de Salud Pública así lo determine.
2. Entiendo que debo dirigirme directamente del punto de ingreso al país al lugar en el que realizaré el APO.
3. Cumpliré con las recomendaciones de seguridad que el personal de salud emita, y permaneceré en el lugar en el que realizaré el APO a fin de evitar posibles contagios.
4. Asumo el costo de mis gastos de alimentación y alojamiento y de mi manutención durante el APO.
5. Los gastos asumidos por el Estado serán aquellos que se reconocen a todos los ecuatorianos.
6. Notificaré de inmediato a las autoridades ecuatorianas que constan al final de este Formulario sobre cualquier cambio en mi situación de salud o cualquier novedad que se presente durante los 14 días de aislamiento.
7. Me comprometo solemnemente a cumplir con las leyes, normas, protocolos e instrucciones de las autoridades de la República del Ecuador con respecto al Aislamiento Preventivo Obligatorio.
8. Conozco que, en caso de proporcionar información falsa en este documento, estaré sujeto a las sanciones administrativas, civiles y/o penales que correspondan, según lo establecido en la normativa vigente.
9. Eximo al Estado ecuatoriano de toda responsabilidad civil o de cualquier tipo por efectos directos o indirectos del APO, y declino por tanto presentar reclamaciones en contra del Estado ecuatoriano y sus autoridades por dicha medida de control sanitario.

.....
Firma del pasajero

Contacto del Ministerio de Salud Pública durante el Aislamiento Preventivo Obligatorio (APO)

Teléfono: 171