

# FORMULARIO MIGRATORIO ESPECIAL (TERRESTRE)

## AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO

1. Nombres	2. Apellidos
2. Fecha de Nacimiento	3. Número de pasaporte / CI
3. Carné CONADIS (si aplica)	4. Punto de Ingreso al Ecuador:

Ecuador, ..... de ..... de 2020.

### ORDEN DE AISLAMIENTO

En aplicación del "Protocolo para el ingreso al país por puntos de frontera terrestre, durante la vigencia del Estado de Excepción, de las personas autorizadas a hacerlo por decisión de autoridades competentes y otros casos establecidos por el COE Nacional y el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana", aprobado por el Comité de Operaciones de Emergencias (COE), 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 seré transportado por autoridades gubernamentales directamente del paso de frontera a un lugar de APO asignado por el Estado, evitando contacto con personas que no sean personal del Ministerio de Salud Pública.
3. Cumpliré con las recomendaciones de seguridad que el personal de salud emita para la vigilancia, permaneceré en el lugar señalado en el numeral 2 a fin de evitar posibles contagios del virus y acataré todas las recomendaciones del personal de salud.
4. Asumo el costo de mis gastos de alimentación y alojamiento; **tengo medios económicos** para 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. 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