

ANEXO 3

SISTEMA SIMPLIFICADO DE REGISTROS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LA PEQUEÑA EMPRESA

LOS REGISTROS SIMPLIFICADOS PARA LA PEQUEÑA EMPRESA SON:

1. Registro de accidentes de trabajo, enfermedades ocupacionales, incidentes peligrosos y otros incidentes.
2. Registro de exámenes médicos ocupacionales.
3. Registro de seguimiento.
4. Registro de evaluación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
5. Registro de estadísticas de seguridad y salud.

DESARROLLO:

1. REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES

Nº REGISTRO:		REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES										
DATOS DEL EMPLEADOR :												
1	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2	RUC	3				4	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	5		Nº TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:												
DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:												
6	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	7	RUC	8				9	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	10		Nº TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
DATOS DEL TRABAJADOR (A):												
11								12		13		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR:								Nº DNI/CE		EDAD		
14	15	16	17	18	19	20	21					
ÁREA	PUESTO DE TRABAJO	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO	SEXO F/M	TURNO D/T/N	TIPO DE CONTRATO	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO	Nº HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del suceso)					
ACCIDENTE DE TRABAJO / INCIDENTE PELIGROSO / INCIDENTE												
22												
MARCAR CON (X) SI ES ACCIDENTE DE TRABAJO / INCIDENTE PELIGROSO / INCIDENTE												
ACCIDENTE DE TRABAJO			INCIDENTE PELIGROSO			INCIDENTE						
INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE												
23				24			25					
FECHA Y HORA DE OCURRENCIA				FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN			LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO					
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO						
MARCAR CON (X) SÓLO EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO												
26						27				28	29	
GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO						GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO)				Nº DÍAS DE DESCANSO MÉDICO (De ser el caso)	Nº TRABAJADORES AFECTADOS O POTENCIALMENTE AFECTADOS	
ACCIDENTE LEVE	ACCIDENTE INCAPACITANTE	ACCIDENTE MORTAL	TOTAL TEMPORAL	PARCIAL TEMPORAL	TOTAL PERMANENTE	PARCIAL PERMANENTE						
30 DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADA (De ser el caso):												

31 DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE										
32 DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE										
33 MEDIDAS CORRECTIVAS										
¿Qué medidas correctivas se implementarán para eliminar la causa que originó el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente?						INDICAR RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN		FECHA DE EJECUCIÓN		
								DÍA	MES	AÑO
1.-										
2.-										
3.-										
Insertar tantos renglones como sean necesarios.										
ENFERMEDAD OCUPACIONAL										
34	35		36	37	38	39	40	41		
	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE								
Insertar tantos renglones como sean necesarios.										
42 TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES										
FÍSICO		QUÍMICO		BIOLÓGICO		DISERGONÓMICO		PSICOSOCIALES		
Ruido	F1	Gases	Q1	Virus	B1	Manipulación inadecuada de carga.	D1	Hostigamiento psicológico		P1
Vibración	F2	Vapores	Q2	Bacilos	B2	Diseño de puesto inadecuado	D2	Estrés laboral		P2
Iluminación	F3	Neblinas	Q3	Bacterias	B3	Posturas inadecuadas	D3	Turno rotativo		P3
Ventilación	F4	Rocio	Q4	Hongos	B4	Trabajos repetitivos	D4	Falta de comunicación y entrenamiento		P4
Presión alta o baja	F5	Polvo	Q5	Parásitos	B5	Otros, indicar	D5	Autoritarismo		P5
Temperatura (Calor o frío)	F6	Humos	Q6	Insectos	B6			Otros, indicar		P6
Humedad	F7	Líquidos	Q7	Roedores	B7					
Radiación en general	F8	Otros, indicar	Q8	Otros, indicar	B8					
Otros, indicar	F9									
43 RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN										
Nombre:					Cargo:		Fecha:		Firma:	
Nombre:					Cargo:		Fecha:		Firma:	

FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROS Y OTROS INCIDENTE

DATOS DEL EMPLEADOR

1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL

Completar la razón social o denominación social según corresponda del empleador principal.

2. RUC

Completar número de registro único del contribuyente.

3. DOMICILIO

Indicar el domicilio donde ocurrió el accidente de trabajo.

4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA

Describir en detalle la actividad económica.

5. NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

Indicar número de trabajadores totales presentes en el centro laboral, incluyendo trabajadores de intermediación o tercerización.

DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUB CONTRATISTA, OTROS

Completar sólo en caso el trabajador(a) afectado(a) trabaja para el empleador de intermediación o tercerización, contratista, sub contratista.

6. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL

Completar la razón social o denominación social según corresponda del empleador de intermediación o tercerización.

7. RUC

Completar número de registro único del contribuyente del empleador de intermediación o tercerización.

8. DOMICILIO

Completar el domicilio principal del empleador de intermediación o tercerización, según lo indicado en el RUC.

9. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA

Describir en detalle la actividad económica.

10. NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

Indicar número de trabajadores destacados para trabajar con el empleador principal.

DATOS DEL TRABAJADOR

11. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR

Completar los apellidos y nombres del trabajador afectado.

12. Nº DNI / CE

Completar número de documento de identidad o carnet de extranjería de ser el caso.

13. EDAD

Completar edad.

- 14. ÁREA**
Completar el nombre del área en la cual pertenece el trabajador.
- 15. PUESTO DE TRABAJO**
Describir el nombre del puesto de trabajo.
- 16. ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO**
Indicar tiempo de permanencia en el empleo.
- 17. SEXO F/M**
Completar sexo femenino o masculino.
- 18. TURNO D/T/N**
Completar turno día (D), tarde (T), noche (N).
- 19. TIPO DE CONTRATO**
Completar tipo de contrato.
- 20. TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO**
Completar tiempo de trabajo en el puesto de trabajo actual.
- 21. Nº HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL**
Completar número de horas trabajadas en la jornada laboral antes de que ocurra el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente.

ACCIDENTE DE TRABAJO / INCIDENTE PELIGROSO / INCIDENTE

22. MARCAR (X) SI ES ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

Marcar con (X) si es accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente.

Dependiendo de los hechos marcar según corresponda si es accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente. (Ref. Glosario de términos del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR).

Accidente de Trabajo (AT): todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, y aun fuera del lugar y horas de trabajo.

Incidente: suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con el trabajo, en el que la persona afectada no sufre lesiones corporales, o en el que éstas sólo requieren cuidados de primeros auxilios.

Incidente Peligroso: todo suceso potencialmente riesgoso que pudiera causar lesiones o enfermedades a las personas en su trabajo o a la población.

INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

- 23. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA**
Completar fecha y hora en la que ocurrió el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente.

24. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN

Completar fecha de inicio de la investigación.

25. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO

Completar el área o ubicación del lugar exacto donde ocurrió el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente.

26. GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

Marcar tipo de gravedad del accidente de trabajo (Ref. Glosario de términos del D.S. N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo).

Marcar tipo de gravedad del accidente de trabajo (Ref. Glosario de términos del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR).

Según su gravedad, los accidentes de trabajo con lesiones personales pueden ser:

a) Accidente Leve: Suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, que genera en el accidentado un descanso breve con retorno máximo al día siguiente a sus labores habituales.

b) Accidente Incapacitante: suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, da lugar a descanso, ausencia justificada al trabajo y tratamiento. Para fines estadísticos, no se tomará en cuenta el día de ocurrido el accidente.

c) Accidente Mortal: Suceso cuyas lesiones producen la muerte del trabajador. Para efectos estadísticos debe considerarse la fecha del deceso.

27. GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (de ser el caso)

Accidente Incapacitante: Según el grado de incapacidad los accidentes de trabajo pueden ser:

a) Total Temporal: cuando la lesión genera en el accidentado la imposibilidad total de utilizar su organismo; se otorgará tratamiento médico hasta su plena recuperación.

b) Parcial Temporal: cuando la lesión genera en el accidentado la imposibilidad parcial de utilizar su organismo; se otorgará tratamiento médico hasta su plena recuperación.

c) Total Permanente: cuando la lesión genera la pérdida anatómica o funcional total de un miembro u órgano; o de las funciones del mismo. Se considera a partir de la pérdida del dedo meñique.

d) Parcial Permanente: cuando la lesión genera la pérdida parcial de un miembro u órgano o de las funciones del mismo.

28. N° DÍAS DE DESCANSO MÉDICO (de ser el caso)

Completar número de días de descanso médico otorgado por el centro de salud.

29. N° TRABAJADORES AFECTADOS O POTENCIALMENTE AFECTADOS

Completar el número de trabajadores accidentados con el mismo suceso de ser el caso.

30. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADA (de ser el caso)

Describir parte del cuerpo lesionada producto del accidente de trabajo.

31. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada, debe estar firmada por el responsable de la investigación.

32. DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

Completar las causas que originaron el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente.

33. MEDIDAS CORRECTIVAS

Describir las medidas correctivas a implementar para eliminar o controlar la causa y prevenir la recurrencia del accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente; indicar el responsable, fecha propuesta de ejecución.

ENFERMEDAD OCUPACIONAL

34. TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL 1)

Completar tipo de agente que originó la enfermedad ocupacional, según lo indicado en la Tabla Referencial 1.

35. NÚMERO DE TRABAJADORES QUE AQUIRIERON LA(LAS) ENFERMEDAD(ES) OCUPACIONAL(ES)

Completar por cada semestre según tipo de agente el número de trabajadores que adquirieron la (las) enfermedad(es) ocupacional(es).

36. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Completar el nombre de la enfermedad ocupacional.

37. ÁREAS DONDE SE PRESENTÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Completar el nombre de las áreas donde se presentó la enfermedad ocupacional.

38. CAUSAS QUE ORIGINARON LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Completar la causa que dio origen a la enfermedad ocupacional.

39. MEDIDAS CORRECTIVAS A IMPLEMENTAR

Completar con las medidas correctivas a implementar.

40. RESPONSABLE

Completar el nombre completo de la persona responsable de implementar la medida correctiva.

41. FECHA DE EJECUCIÓN

Completar la fecha de ejecución de la medida correctiva.

42. TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES

Se muestra relación de tipos de agentes, con sus códigos respectivos para completar el ítem N° 34.

43. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN

Completar los datos de los responsables del registro y de la investigación.

2. REGISTRO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Los empleadores tienen la obligación de practicar exámenes médicos a sus trabajadores (artículo 2° del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por el Decreto Supremo N° 005-2012-TR) y deben realizarse en tres momentos

determinados: antes del ingreso del trabajador (exámenes pre-ocupacionales), durante el transcurso de la relación laboral (exámenes ocupacionales) y a la finalización de esta (exámenes post-ocupacionales).

Las pautas que deben seguirse para la realización de los exámenes médicos antes señalados son las que precise el Ministerio de Salud. En este sentido, el empleador deberá mantener el registro de exámenes médicos ocupacionales de acuerdo a las especificaciones que el Ministerio de Salud detalle. Los resultados de dichos exámenes médicos estarán a disposición de quienes se hayan sometido a los mismos, debiendo respetarse el principio de confidencialidad (literal b) del artículo 15º de la Ley N° 26842, Ley General de Salud).

3. REGISTRO DE SEGUIMIENTO

Este registro debe ser completado por cada área.

N° REGISTRO:	REGISTRO DE SEGUIMIENTO															
DATOS DEL EMPLEADOR:																
1	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL		2	N° RUC	3	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)		4	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA		5	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL				
INFORMACIÓN A SER COMPLETADO POR CADA ÁREA																
6 NOMBRE DEL ÁREA															7 N° TRABAJADORES EN EL ÁREA	
MONITOREO DE AGENTES																
8	9	10	11	12	13			14	15							
NOMBRE DEL PUESTO DE TRABAJO	INDICAR TIPO DE AGENTE A SER MONITOREADO (Ver Tabla 1)	FECHA DE MONITOREO	RESULTADO DESFAVORABLE (SÍ/NO)	EL AGENTE GENERÓ ENFERMEDAD OCUPACIONAL (SÍ/NO)	¿QUÉ MEDIDAS CORRECTIVAS SE IMPLEMENTARÁN PARA ELIMINAR, DISMINUIR O CONTROLAR LA PRESENCIA DE LOS AGENTES QUE SOBREPASARON EL LÍMITE PERMITIDO?			RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN							
Insertar tantos renglones como sean necesarios.																
Adjuntar informe de resultado de monitoreo de agentes, de ser el caso.																

EQUIPOS DE SEGURIDAD O EMERGENCIA												
16	17		18		19		20		21		22	
PARTE DEL CUERPO A PROTEGER	DETALLE DEL EQUIPO		FECHA DE ENTREGA		FECHA DE REVISIÓN		FECHA DE RENOVACIÓN DE SER EL CASO		CAPACITACIÓN EN EL USO CORRECTO / IMPORTANCIA (SI/NO)		N° TRABAJADORES CAPACITADOS (Adjuntar al registro información con el nombre completo de los trabajadores que recibieron capacitación y el equipo de protección o emergencia)	
CABEZA												
OJOS												
OÍDOS												
VÍAS RESPIRATORIAS												
MANOS												
PIES												
OTROS (DETALLAR)												
MODELO DE ENCABEZADO PARA REGISTRO DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO Y SIMULACROS DE EMERGENCIA												
23 MARCAR CON (X)												
INDUCCIÓN			CAPACITACIÓN			ENTRENAMIENTO			SIMULACRO DE EMERGENCIA			
24	NOMBRE DEL TEMA		25 FECHA		26 N° Horas		27 NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR					
28 DATOS DE LOS ASISTENTES												
APELLIDOS Y NOMBRES			N° DNI		CARGO		FIRMA		OBSERVACIONES			
Insertar tantos renglones como sean necesarios.												
29 TABLA 1: TIPOS DE AGENTES (Referenciales)												
FÍSICO		QUÍMICO		BIOLÓGICO		DISERGONÓMICO			PSICOSOCIALES			
Ruido	F1	Gases	Q1	Virus	B1	Manipulación inadecuada de carga	D1	Hostigamiento psicológico	P1			
Vibración	F2	Vapores	Q2	Bacilos	B2	Diseño de puesto inadecuado	D2	Estrés laboral	P2			
Iluminación	F3	Neblinas	Q3	Bacterias	B3	Posturas inadecuadas	D3	Turno rotativo	P3			
Ventilación	F4	Rocío	Q4	Hongos	B4	Trabajos repetitivos	D4	Falta de comunicación y entrenamiento.	P4			
Presión alta o baja	F5	Polvo	Q5	Parásitos	B5	Otros, indicar	D5	Autontarismo	P5			
Temperatura (Calor o frío)	F6	Humos	Q6	Insectos	B6			Otros, indicar	P6			
Humedad	F7	Líquidos	Q7	Rodedores	B7							
Radiación en general	F8	Otros, Indicar	Q8	Otros, indicar	B8							
Otros, indicar	F9											
30 RESPONSABLE DEL REGISTRO												
Nombre:					Cargo:			Fecha:		Firma:		

FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE SEGUIMIENTO

DATOS DEL EMPLEADOR

1. **RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL**
Completar la razón social o denominación social según corresponda del empleador principal.
2. **N° RUC**
Completar número de registro único del contribuyente.
3. **DOMICILIO**
Indicar el domicilio, distrito, departamento, provincia.
4. **TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA**
Describir en detalle la actividad económica.
5. **NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**
Indicar número de trabajadores totales presentes en el centro laboral, incluyendo trabajadores de intermediación o tercerización.

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR CADA ÁREA

6. **NOMBRE DEL ÁREA**
Indicar nombre del área.
7. **N° TRABAJADORES EN EL ÁREA**
Indicar número de trabajadores en el área.

MONITOREO DE AGENTES

8. **NOMBRE DEL PUESTO DE TRABAJO**
Indicar nombre de los puestos de trabajo existentes en el área a ser monitoreada.
9. **INDICAR TIPO DE AGENTE A SER MONITOREADO (Ver Tabla 1)**
Indicar tipo de agente a ser monitoreado en base a lo detallado en la Tabla 1.
10. **FECHA DE MONITOREO**
Indicar fecha de monitoreo.
11. **RESULTADO DESFAVORABLE (SÍ/NO)**
Indicar resultado del monitoreo.
Adjuntar informe de resultado de monitoreo de agentes, de ser el caso.
12. **EL AGENTE CAUSÓ ENFERMEDAD OCUPACIONAL (SÍ/NO)**
Indicar si el agente monitoreado causó enfermedad ocupacional o no.
13. **MEDIDAS CORRECTIVAS A IMPLEMENTARSE**
Indicar que medidas correctivas se implementarán para eliminar, disminuir o controlar la presencia de los agentes que sobrepasaron el límite permitido.
14. **RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN**
Indicar nombre del responsable de la implementación de la medida correctiva.
15. **FECHA DE EJECUCIÓN**
Indicar la fecha de ejecución de la implementación de la medida correctiva.

EQUIPOS DE SEGURIDAD O EMERGENCIA

16. PARTE DEL CUERPO A PROTEGER

Señalar qué parte del cuerpo protegerá el equipo de protección personal.

17. DETALLE DEL EQUIPO

Completar detalle del equipo de protección entregado al trabajador, como marca, modelo, otros.

18. FECHA DE ENTREGA

Completar fecha de entrega del equipo de protección al trabajador.

19. FECHA DE REVISIÓN

Completar la fecha de revisión del equipo de protección entregado.

20. FECHA DE RENOVACIÓN

Completar fecha de renovación de ser el caso.

21. CAPACITACIÓN EN EL USO CORRECTO / IMPORTANCIA (SÍ/NO)

Completar con (SÍ/NO) si el trabajador ha recibido capacitación en el uso correcto del equipo de protección o emergencia y su importancia.

22. N° TRABAJADORES CAPACITADOS

Indicar número de trabajadores capacitados en el uso correcto del equipo de protección o emergencia. Adjuntar información con los nombres completos de los trabajadores que recibieron capacitación y el equipo de protección o emergencia.

MODELO DE ENCABEZADO PARA REGISTRO DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO Y SIMULACROS DE EMERGENCIA

Adjuntar información completa según el modelo de encabezado.

23. MARCAR (X)

Marcar el tipo de capacitación:

- Inducción
- Capacitación
- Entrenamiento
- Simulacro de Emergencia

24. NOMBRE DEL TEMA

Indicar nombre del tema, de acuerdo al ítem anterior.

25. FECHA

Indicar fecha de la inducción, capacitación, entrenamiento o simulacro de emergencia.

26. N° HORAS

Indicar número de horas de la inducción, capacitación, entrenamiento o simulacro de emergencia.

27. NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR

Indicar el nombre del capacitador o entrenador.

28. DATOS DE LOS ASISTENTES

Indicar datos de los asistentes como:

- Apellidos y nombres, N° DNI, cargo, firma, observaciones.

29. TABLA 1: TIPOS DE AGENTES

Tabla referencial para completar el ítem N° 9.

30. RESPONSABLE DEL REGISTRO

Completar los datos de los responsables del registro.

4. REGISTRO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

N° REGISTRO:		REGISTRO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO									
DATOS DEL EMPLEADOR:											
1	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2	N° RUC	3	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4	ACTIVIDAD ECONÓMICA	5	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL		
INFORMACIÓN A SER COMPLETADA EN CASO DE AUDITORÍA											
6	NOMBRE DEL AUDITOR O AUDITORES	7	N° REGISTRO DEL AUDITOR O AUDITORES	8	FECHA DE AUDITORÍA	9	PROCESOS AUDITADOS	10	NOMBRE DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS AUDITADOS		
11	NÚMERO DE NO CONFORMIDADES	12 INFORMACIÓN A ADJUNTAR									
		ADJUNTAR: a) Informe de auditoría, indicando los hallazgos encontrados, así como no conformidades, observaciones, entre otros, con la respectiva firma del auditor o auditores. b) Plan de acción para cierre de no conformidades (posterior a la auditoría). Este plan de acción contiene la descripción de las causas que originaron cada no conformidad, propuesta de las medidas correctivas para cada no conformidad, responsable, fecha de ejecución, estado de la acción correctiva (Ver modelo de encabezados).									
MODELO DE ENCAEZADOS PARA EL PLAN DE ACCIÓN PARA CIERRE DE NO CONFORMIDADES											
13	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	14	CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD	15	DESCRIPCIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS	16	NOMBRE DEL RESPONSABLE	17	FECHA DE EJECUCIÓN	18	Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)
Insertar tantos renglones como sean necesarios.											
INFORMACIÓN A SER COMPLETADA EN CASO DE INSPECCIÓN INTERNA											
19	ÁREA INSPECCIONADA	20	FECHA Y HORA DE LA INSPECCIÓN	21	RESPONSABLE DEL ÁREA INSPECCIONADA	22	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	23	OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN	24	TIPO DE INSPECCIÓN: PLANEADA, NO PLANEADA, OTRO (DETALLAR)
25 RESULTADO DE LA INSPECCIÓN			26 DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA ANTE RESULTADOS DESFAVORABLES				27 MEDIDAS CORRECTIVAS				
Insertar tantos renglones como sean necesarios.											
28 RESPONSABLE DEL REGISTRO											
Nombre:				Cargo:		Fecha:		Firma:			

FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

DATOS DEL EMPLEADOR

1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL

Completar la razón social o denominación social según corresponda del empleador principal.

2. N° RUC

Completar número de registro único del contribuyente.

3. DOMICILIO

Completar el domicilio del centro laboral, dirección, distrito, departamento, provincia.

4. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Describir en detalle la actividad económica.

5. NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

Completar número de trabajadores presentes en el centro laboral.

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA EN CASO DE AUDITORÍA

6. NOMBRE DEL AUDITOR O AUDITORES

Indicar nombre del auditor o auditores.

7. N° REGISTRO DEL AUDITOR O AUDITORES

Indicar número de registro otorgado por la Autoridad Administrativa de Trabajo.

8. FECHA DE AUDITORÍA

Indicar fecha de ejecución de la auditoría.

9. PROCESOS AUDITADOS

Indicar nombre de los procesos auditados.

10. NOMBRE DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS AUDITADOS

Indicar nombre de los responsables de los procesos auditados.

11. NÚMERO DE NO CONFORMIDADES

Completar número de No Conformidades presentadas producto de la auditoría.

12. INFORMACIÓN A ADJUNTAR

Adjuntar la información siguiente:

- a) Informe de auditoría, indicando los hallazgos encontrados, así como no conformidades, observaciones, entre otros, con la respectiva firma del auditor o auditores.
- b) Plan de acción para cierre de no conformidades (posterior a la auditoría). Este plan de acción contiene la descripción de las causas que originaron cada no conformidad, propuesta de las medidas correctivas para cada no conformidad, responsable de implementación, fecha de ejecución, estado de la acción correctiva (Ver modelo de encabezados).

MODELO DE ENCABEZADOS PARA EL PLAN DE ACCIÓN PARA CIERRE DE NO CONFORMIDADES

13. DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD

Describir la no conformidad hallada.

14. CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD

Describir las causas que dieron origen a la no conformidad.

15. DESCRIPCIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS

Indicar las medidas correctivas propuestas para eliminar la causa de la no conformidad.

16. NOMBRE DEL RESPONSABLE

Indicar el nombre del responsable de implementar la medida correctiva.

17. FECHA DE EJECUCIÓN

Indicar la fecha de ejecución de la implementación de la medida correctiva.

18. ESTADO

Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución).

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA EN CASO DE INSPECCIÓN INTERNA

19. ÁREA INSPECCIONADA

Indicar el área objeto de la inspección.

20. FECHA Y HORA DE LA INSPECCIÓN

Indicar fecha y hora de la inspección.

21. RESPONSABLE DEL ÁREA INSPECCIONADA

Indicar el responsable del área inspeccionada.

22. RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

Indicar nombre completo del responsable de la inspección.

23. OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN

Indicar el objeto de la Inspección.

24. TIPO DE INSPECCIÓN

Indicar tipo de inspección (planeada, no planeada, otro).

25. RESULTADO DE LA INSPECCIÓN

Detallar los resultados de la inspección.

26. DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS ANTE RESULTADOS DESFAVORABLES

Describir las causas del hallazgo desfavorable (posterior a la inspección interna).

27. MEDIDAS CORRECTIVAS

Describir la medida correctiva a implementarse ante el resultado desfavorable (posterior a la inspección interna).

28. RESPONSABLE DEL REGISTRO

Indicar los datos del responsable del registro.

5. REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD

N° REGISTRO:		REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO											
1 RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL:													
2 FECHA :													
DATOS A COMPLETAR													
MES	3 ACCIDENTE DE TRABAJO						4 ENFERMEDAD OCUPACIONAL			5 INCIDENTES			
	N° ACCIDENTE MORTAL	ÁREA(S)	N° ACCIDENTE TRABAJO LEVE	ÁREA(S)	N° ACCIDENTE TRABAJO INCAPACITANTE	ÁREA(S)	N° ENFERMEDAD OCUPACIONAL	ÁREA(S)	N° TRABAJADORES EXPUESTOS AL AGENTE	N° INCIDENTES PELIGROSOS	ÁREA(S)	N° INCIDENTES	ÁREA(S)
ENERO													
FEBRERO													
MARZO													
ABRIL													
MAYO													
JUNIO													
JULIO													
AGOSTO													
SEPTIEMBRE													
OCTUBRE													
NOVIEMBRE													
DICIEMBRE													

6 ANÁLISIS TRIMESTRAL DE LOS RESULTADOS	7 MEDIDAS CORRECTIVAS	8 FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	9 NOMBRE DE LOS RESPONSABLES
10 RESPONSABLE DEL REGISTRO			
Nombre:	Cargo:	Fecha:	Firma:

FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD

DATOS DEL EMPLEADOR

1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL

Completar la razón social o denominación social según corresponda del empleador principal.

2. FECHA

Completar la fecha en la cual se completó el registro.

DATOS A COMPLETAR

3. ACCIDENTE DE TRABAJO

- N° ACCIDENTE MORTAL

Completar número de accidentes de trabajo mortal reportado por mes.

- ÁREA(S)

Completar el (las) área(s) en la(s) cual(es) se presentaron los accidentes de trabajo mortal.

- N° ACCIDENTE DE TRABAJO LEVE

Completar número de accidentes de trabajo leve reportado por mes.

- ÁREA(S)

Completar el (las) área(s) en la(s) cual(es) se presentaron los accidentes de trabajo leve.

- N° ACCIDENTE DE TRABAJO INCAPACITANTE

Completar número de accidentes de trabajo incapacitantes reportados por mes.

- ÁREA(S)

Completar el (las) área(s) en la(s) cual(es) se presentaron los accidentes de trabajo incapacitante.

4. ENFERMEDAD OCUPACIONAL

- N° ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Completar número de enfermedades ocupacionales presentadas por mes.

- ÁREA(S)

Completar el (las) área(s) en la(s) cual(es) se presentaron las enfermedades ocupacionales.

- N° TRABAJADORES EXPUESTOS AL AGENTE

Completar número de trabajadores expuestos al agente que originó la enfermedad ocupacional.

5. INCIDENTES

- N° INCIDENTES PELIGROSOS

Completar número de incidentes peligrosos presentados en el mes.

- ÁREA(S)

Completar el (las) área(s) en la(s) cual(es) se presentaron los incidentes peligrosos.

- **N° INCIDENTES**

Completar número de incidentes presentados en el mes.

- **ÁREA(S)**

Completar el (las) área(s) en la(s) cual(es) se presentaron los incidentes.

6. ANÁLISIS TRIMESTRAL DE LOS RESULTADOS

Describir el análisis trimestral de los resultados.

Dicha periodicidad concuerda, asimismo, con la prevista en el literal r.3) del artículo 42º del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR, para que el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo reporte a la máxima autoridad del empleador las estadísticas de accidentes, incidentes y enfermedades ocupacionales.

7. MEDIDAS CORRECTIVAS

Indicar las medidas correctivas a implementar ante resultados desfavorables de ser el caso.

8. FECHA DE IMPLEMENTACIÓN

Indicar la fecha de implementación de las medidas correctivas.

9. NOMBRE DEL RESPONSABLE

Indicar los nombres de los responsables de la implementación de las medidas correctivas de ser el caso.

10. RESPONSABLE DEL REGISTRO

Completar los datos de los responsables del registro.

NOTA: Los datos completados en el presente registro sirven para facilitar al empleador el cálculo de indicadores estadísticos. Dicho indicadores muestran, entre otros, una tendencia de accidentabilidad que sucede en los lugares de trabajo y su importancia radica en las medidas que se pueden adoptar dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, para controlar y minimizar los riesgos laborales inherentes a la actividad que se desarrolla. Por ejemplo, en construcción civil se aplican las fórmulas para el cálculo de los índices contenidas en la Norma Técnica G. 050 y sus modificatorias.