



Centro de
Especializaciones
Noeder



Florida
Global
University

Diplomado de Especialización

SUPERVISOR DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CICLO REGULAR

MÓDULO III

CLASE 02



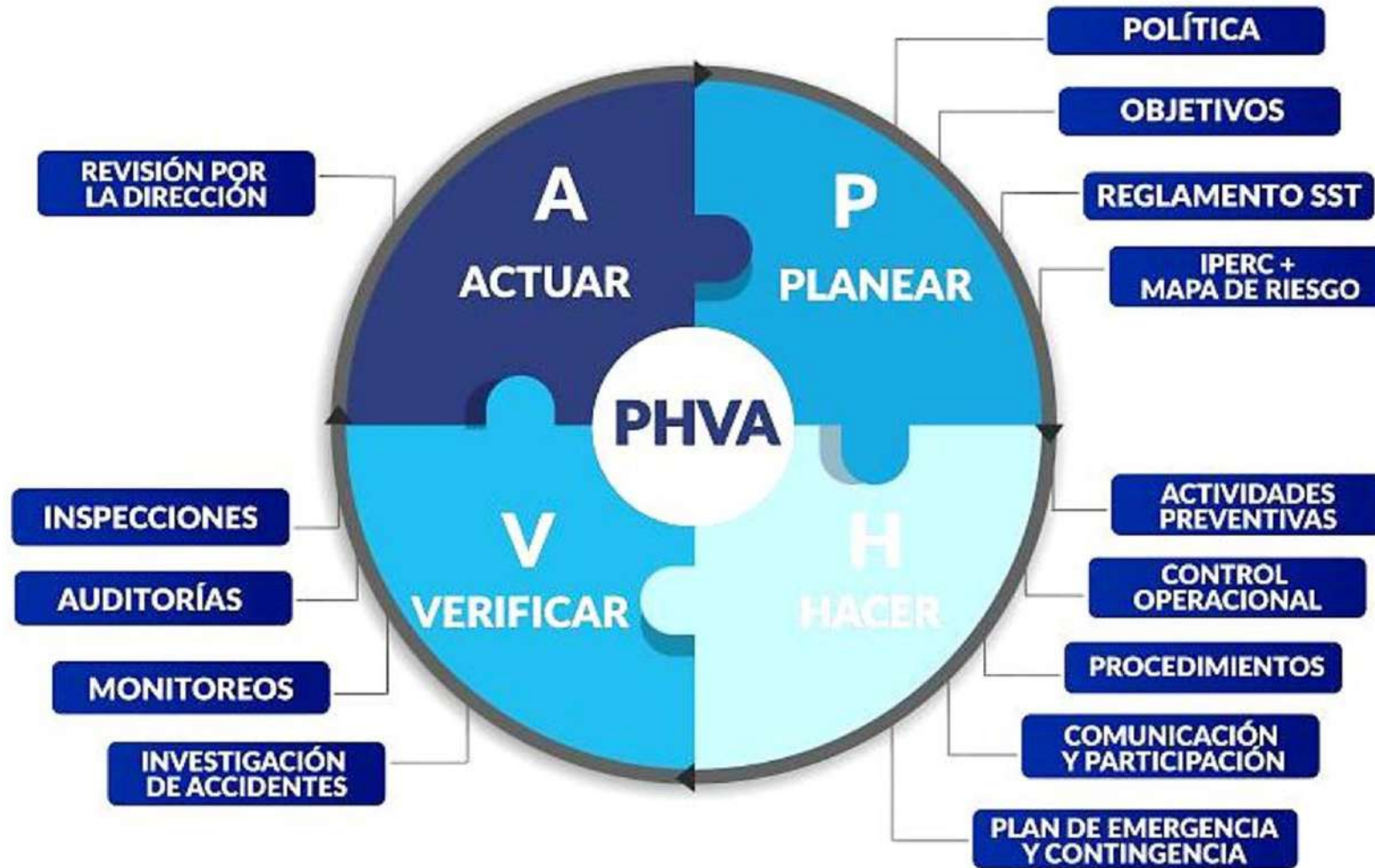
**PLANIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE
OBJETIVOS DEL SGSST**

Mg. Ing. Jorge Arzapalo Barrera



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ETAPAS DEL SGSST





HACER (H)



COMITÉ DE SST

Es un órgano **bipartito y paritario**, destinado a la **consulta regular y periódica** de las **actuaciones del empleador** en materia de prevención de riesgos en empresas con 20 o más trabajadores.

Es decir:



El empleador con:

20 o más
trabajadores

Cuenta con un

CSST



Menos de 20
trabajadores

Cuenta con un

Supervisor de SST



SUPERVISOR DE SST






Trabajador capacitado y designado por los trabajadores, en las empresas, organizaciones, instituciones o entidades públicas, incluidas las fuerzas armadas y policiales con menos de veinte (20) trabajadores.



HACER (H)

SUPERVISOR DE SST

El supervisor debe tener conocimiento de:

-  Los procesos.
-  Los procedimientos.
-  Los estándares.
-  Los conocimientos y aptitudes de los trabajadores.
-  Los equipos, máquinas y herramientas, etc.

El supervisor debe saber evaluar las capacidades y conocimientos de cada uno de los trabajadores, para que cada uno ocupe el lugar que le corresponde en el trabajo.





HACER

COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CSST)

El empleador debe asegurar la conformación y funcionamiento efectivo del Comité de SST, el reconocimiento de los representantes, los que serán responsables de:

Fomentar una cultura de prevención de riesgos laborales

Inspeccionar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo en cada una de las actividades de los procesos



Coordinar todas las acciones a llevar a cabo para la prevención de riesgos

Realizar el seguimiento y verificación de cumplimiento de la prevención de R Lab.

Participación conjunta y armónica de sus miembros para:



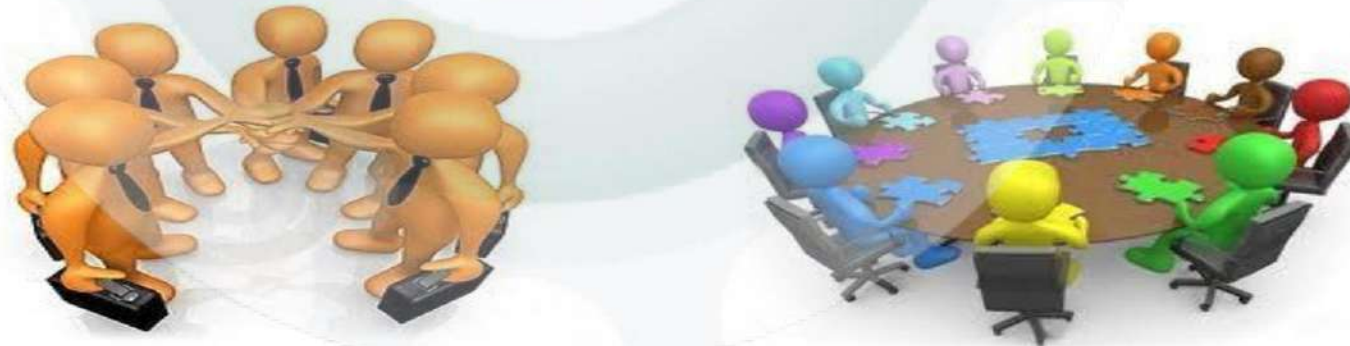
- Implementar una cultura de prevención.
- Detectar y evaluar riesgos en:
 - Los Procesos
 - Las Instalaciones
 - Maquinarias y equipos
- Implementar medidas técnicas y administrativas



HACER

COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CSST)

- EL CSST es el órgano máximo en materia de Seguridad y Salud Ocupacional, se encarga de la configuración e implementación del sistema de tal forma que permita asegurar y preservar la seguridad y vida de los trabajadores.*
- El CSST es bipartito y paritario. Bipartito porque cuenta con representantes designados por el empleador y representantes elegidos por los trabajadores. Paritario porque ambos números de representantes deben ser iguales.*
- El número mínimo y máximo de representantes del CSST es de 4 y 12 respectivamente. Asimismo deben designarse suplentes en igual número. A falta de acuerdo no es menor de 6 (para 100 trabajadores), agregando 2 más por cada 100 hasta completar 12.*








HACER

REQUISITOS PARA SER MIEMBRO DEL CSST

Para ser integrante del CSST se requiere:

-  *Ser trabajador del empleador.*
-  *Tener 18 años de edad como mínimo.*
-  *De preferencia, tener capacitación en temas de seguridad y salud en el trabajo o laborar en puestos que permitan tener conocimiento o información sobre riesgos laborales.*

D.S. N°005-2012-TR, Art. 47°

 *La elección de los representantes de los trabajadores debe realizarse en votación secreta y directa con participación de todos los trabajadores en el local de la empresa.*

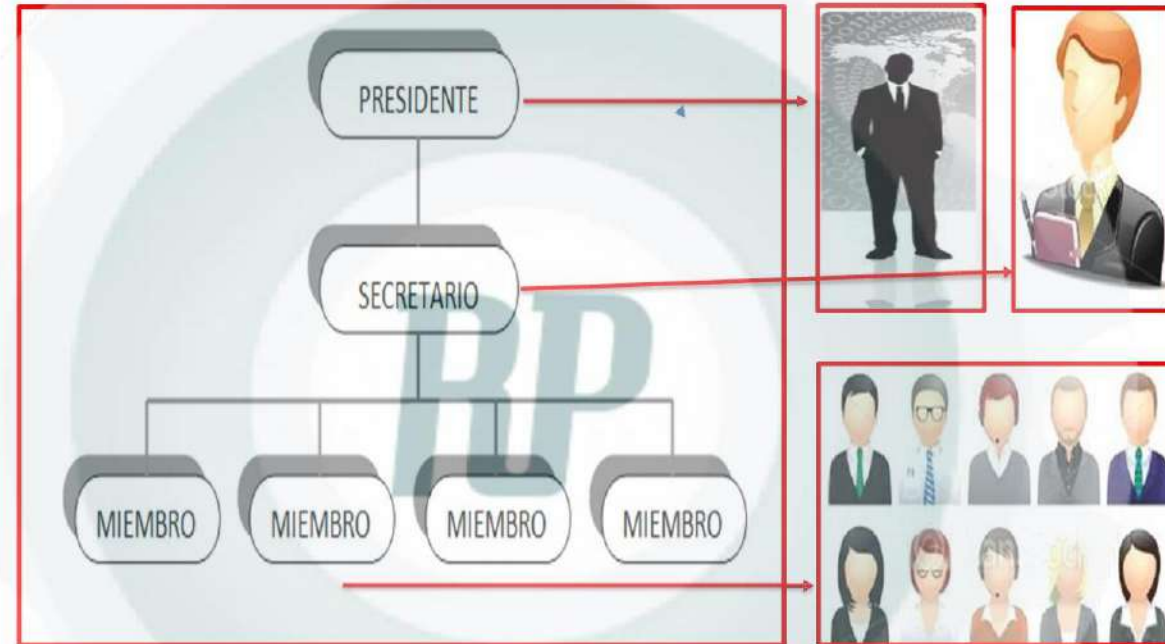
 *El CSST debe designar un presidente, elegido por el propio Comité, también se designara un secretario que puede ser un miembro del CSST elegido por consenso.*





HACER

ORGANIGRAMA DEL CSST



El presidente es el responsable de convocar, presidir y dirigir las reuniones del CSST y facilitar la aplicación y vigencia de sus acuerdos, canalizando el apoyo de la dirección de la empresa.




El secretario se encarga de labores administrativas, como tener al día el libro de actas y distribuir las copias respectivas.

Los cargos de **los miembros** son honoríficos y obligatorios.



COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CSST)

PROCESO ELECTORAL DEL CSST

-  Los trabajadores eligen a sus representantes, titulares y suplentes ante el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.
-  Este proceso electoral estará a cargo de la organización sindical mayoritaria o de la que afilie el mayor número de trabajadores en la empresa o entidad empleadora.
-  El acto de elección deberá registrarse en un acta que se incorpora en el Libro de Actas respectivo. Una copia debe constar en el Libro del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.

D.S. N° 005-2012-TR, Art. 49°





COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CSST)

PROCESO ELECTORAL (CONVOCATORIA) DEL CSST

La nominación de los candidatos debe efectuarse quince (15) días hábiles antes de la convocatoria a elecciones.

La convocatoria a la instalación del CSST corresponde al empleador, levantándose el acta respectiva.

El acto de constitución e instalación; así como, toda reunión, acuerdo o evento del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, deben ser asentados en un Libro de Actas.

D.S. N° 005-2012-TR, Art. 49, 50° y 51°



FORMATO N° 10
MODELO DE ACTA DE INSTALACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*

ACTA N° _____ 2012 CSST

De acuerdo a lo regulado por la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 005-2012-TR, en _____ sesión, los _____ del _____ de 2012, en las instalaciones de (la empresa) _____ ubicada en _____ de (su ciudad) _____ se llevó a cabo para la instalación del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (CSST), las siguientes sesiones:

1. (Punto de la más alta autoridad a su representante)

Miembros titulares del empleador:
1. (Nombre y cargo que ocupa en la entidad)
2. _____

Miembros suplentes del empleador:
1. (Nombre y cargo que ocupa en la entidad)
2. _____

Miembros titulares de los trabajadores:
1. (Nombre y Cargo que ocupa en la entidad)
2. _____

Miembros suplentes de los trabajadores:
1. (Nombre y Cargo que ocupa en la entidad)
2. _____

Observador del Sindicato Representativo (Si lo hubiera)
1. (Nombre y cargo)
2. _____

Adicionalmente participaron (De ser el caso)
1. _____

Finalmente verificó el quórum establecido en el artículo 50° del Decreto Supremo N° 005-2012-TR, de la fecha de la sesión.

I. AGENDA: (puntos)
1. Instalación del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.
2. Elección del Presidente por parte de los miembros titulares del CSST.
3. Elección del Secretario por parte de los miembros titulares del CSST.
4. _____
5. Otros.
6. Establecimiento de la fecha para la siguiente reunión.

* El empleador puede tener para la elaboración de las actas de las reuniones ordinarias y extraordinarias del CSST.

El empleador conforme lo establezca su estructura organizacional y jerárquica designa a sus representantes, titulares y suplentes ante el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre el personal de dirección y confianza.

D.S. N° 005-2012-TR, Art. 48°

- Nombre del empleador.*
- Nombres y cargos de los miembros titulares.*
- Nombres y cargos de los miembros suplentes.*
- Nombre y cargo del observador designado por la organización sindical.*
- Lugar, fecha y hora de la instalación.*



COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CSST)

FUNCIONES DEL COMITÉ DE SST

- Aprobar el Reglamento Interno de Seguridad y Salud del empleador, el Programa Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo, el plan anual de capacitación de los trabajadores sobre seguridad y salud en el trabajo.*
- Promover que todos los nuevos trabajadores reciban una adecuada formación, instrucción y orientación sobre prevención de riesgos.*
- Conocer y aprobar la Programación Anual del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo.*
- Vigilar el cumplimiento de la legislación.*
- Participar en la elaboración, aprobación y puesta en práctica de las políticas, planes y programas de promoción de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales.*



Juntos por un trabajo más seguro



COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CSST)

FUNCIONES DEL COMITÉ DE SST

- Realizar inspecciones periódicas en las áreas, instalaciones, maquinarias y equipos, a fin de reforzar la gestión preventiva.
- Investigar las causas de todos los incidentes, accidentes y de las enfermedades ocupacionales que ocurran en el lugar de trabajo.
- Reportar la siguiente información:
 - ✓ El accidente mortal o el incidente peligroso, de manera inmediata.
 - ✓ La investigación de cada accidente mortal y medidas correctivas adoptadas dentro de los diez (10) días.
 - ✓ Las estadísticas trimestrales de accidentes, incidentes y enfermedades ocupacionales.
 - ✓ Las actividades trimestrales del CSST.





COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CSST)

FUNCIONES DEL CSST

- 1 CONOCER EL SGSST:** Conocer los documentos e informes relativos a las condiciones de trabajo que sean necesarios para el cumplimiento de sus funciones, así como los procedimientos de las actividades del servicio de SST.
- 2 APROBAR RISST, PASSO, Capacitaciones :** Aprobar el RISST, Programa Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo y conocer y aprobar el Programa Anual del servicio SST y el Programa Anual de Capacitaciones
- 3 CUMPLIMIENTO LEGAL:** Vigilar el cumplimiento legal, norma internas, RISST
- 4 ASEGURAR CONOCIMIENTO DE TRABAJADORES:** Asegurarse que los trabajadores conozcan el SGSST. Promover el compromiso, colaboración y participación de los trabajadores.
- 5 INSPECCIONES:** Realizar inspecciones periódicas.
- 6 ELABORAR INFORMES:** Estadísticas, participar en la investigación de accidentes, incidentes, llevar el libro de actas, reunirse mensualmente



COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CSST)

OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR CON RELACIÓN AL COMITÉ DE SST



El empleador debe asegurar, cuando corresponda, el establecimiento y funcionamiento efectivo de un comité, el reconocimiento de los representantes de los trabajadores y facilitar su participación.



El empleador debe proporcionar al personal que conforma el Comité o al Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo, una tarjeta de identificación o un distintivo especial visible, que acredite su condición.

D.S. N° 005-2012-TR, Arts. 38° y 46°



Proporcionar capacitaciones especializadas en Seguridad y Salud en el Trabajo a los miembros del Comité, dentro de la jornada laboral.



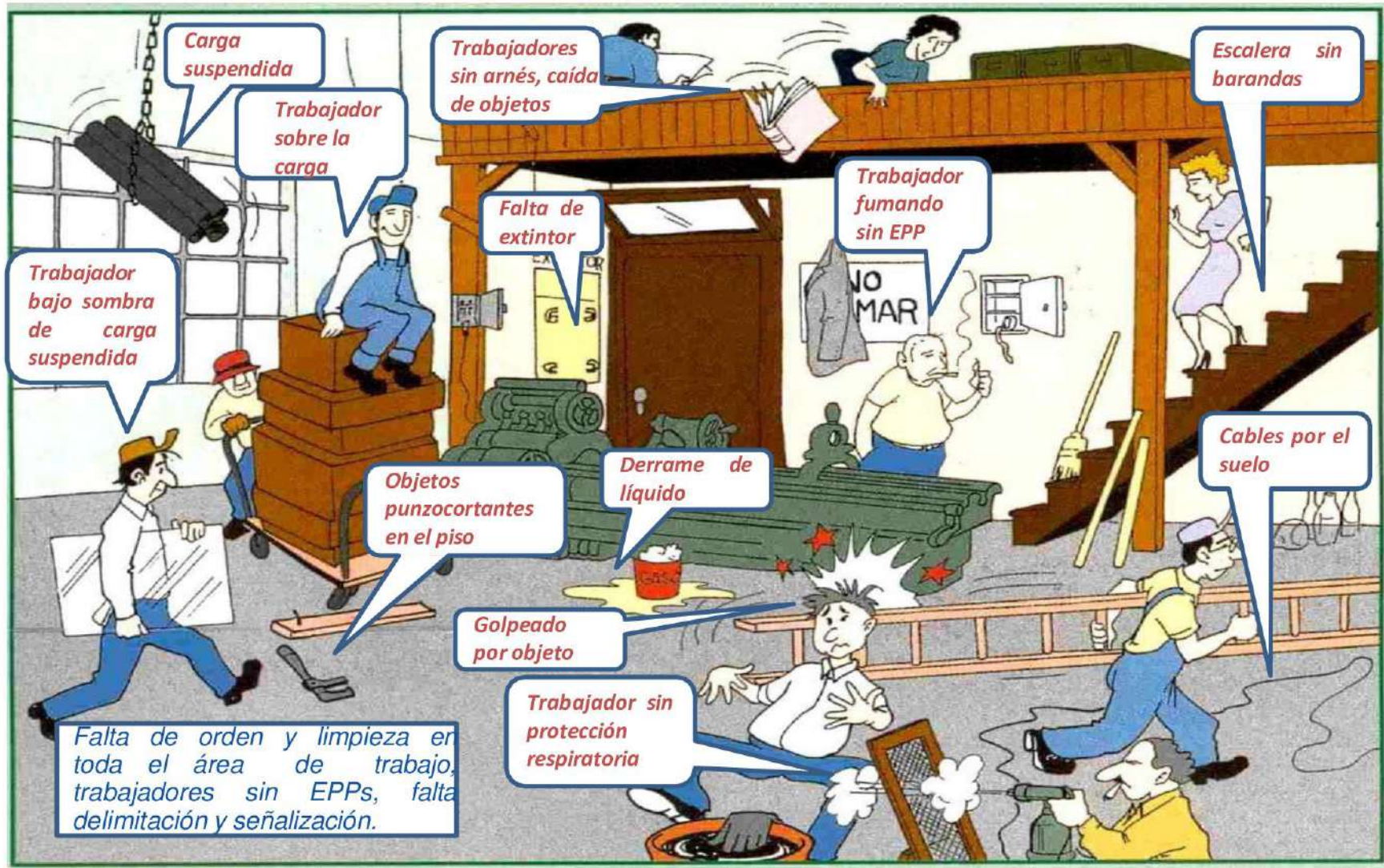
El lugar de reuniones debe ser proporcionado por el empleador y debe reunir las condiciones adecuadas para el desarrollo de las sesiones.

D.S. N° 005-201-TR, Arts. 66° y 67°



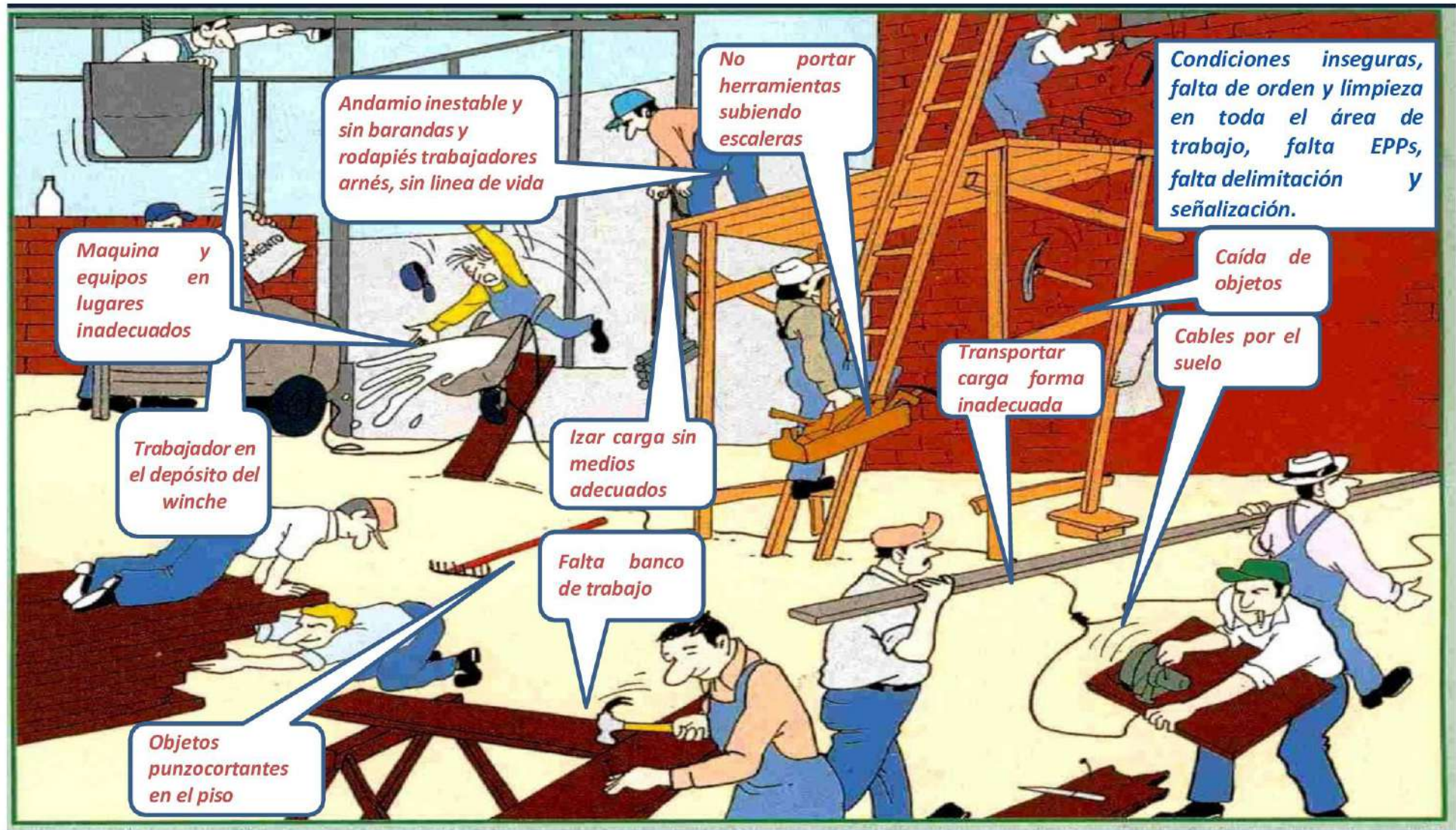


COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CSST)



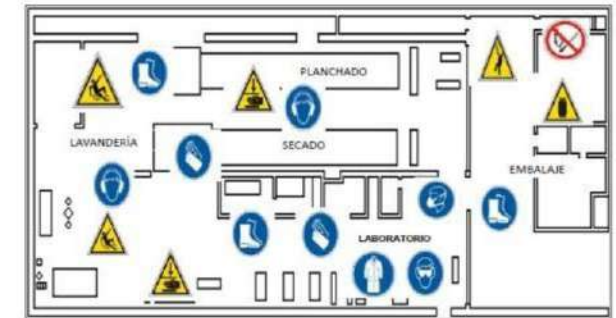


COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CSST)





REGISTROS Y CONTROL DE DOCUMENTOS



LEYENDA

	CUIDADO PISO RESBALOSO		CUIDADO CON SUS MANOS		CUIDADO BALONES DE GAS
	USO OBLIGATORIO DE PROTECCIÓN AUDITIVA		CUIDADO BALONES DE GAS		USO OBLIGATORIO DE MASCARILLA
	USO OBLIGATORIO DE BOTAS DE SEGURIDAD		USO OBLIGATORIO DE GUANTES DE SEGURIDAD		USO OBLIGATORIO DE PROTECCIÓN OCULAR
	PROHIBIDO HACER FUEGO				



REGISTROS Y CONTROL DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS

El empleador debe exhibir la siguiente documentación obligatoria:

- La política y objetivos en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- El Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- La identificación de peligros, evaluación de riesgos y sus medidas de control.
- El mapa de riesgo.
- La planificación de la actividad preventiva.
- El Programa Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOTA: La documentación referida en los incisos a) y c) y d) debe ser exhibida en un lugar visible dentro de centro de trabajo, sin perjuicio de aquella exigida en las normas sectoriales respectivas



Política de Salud y Seguridad

Holcim es el líder en la industria de materiales para la construcción.

Gestionamos nuestros negocios de una manera que crea un ambiente sano y seguro para todos nuestros grupos de interés - colaboradores, contratistas, comunidades y clientes - sobre una sólida cultura de Salud y Seguridad.

La Salud y Seguridad es nuestro valor fundamental. Creemos en el liderazgo visible y la responsabilidad individual en Salud y Seguridad a todos los niveles y a través de toda la organización.

Nada de lo que hacemos vale la pena si implica daños a las personas.

Nuestro compromiso

Nos comprometemos a:

- Desarrollar nuestros negocios con el objetivo de cero daños.
- Proporcionar condiciones de trabajo sanas y seguras para nuestros colaboradores y contratistas.
- Mantener un Sistema de Gestión de la Salud y Seguridad diseñado para mejorar de forma continua nuestro desempeño y minimizar activamente los riesgos en nuestro negocio.
- Cumplir con todos los requisitos legales, regulatorios, de la industria y corporativos aplicables.
- Informar abiertamente a todos nuestros grupos de interés sobre aspectos relevantes en Salud y Seguridad.
- Empoderar a todos los colaboradores y contratistas para detener cualquier trabajo inseguro.

Jan Jenisch
Chief Executive Officer

Maggali Anderson
Head of Health & Safety



REGLAMENTO INTERNO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Los empleadores con veinte (20) o más trabajadores deben elaborar su Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo, el que debe contener la siguiente estructura mínima.



El RISST y sus modificaciones se debe poner en conocimiento de todos los trabajadores, mediante medio físico o digital, bajo cargo. Esta obligación se extiende a los trabajadores en régimen de intermediación y tercerización, a las personas en modalidad formativa y a todo aquel cuyos servicios subordinados o autónomos se presten de manera permanente o esporádica en las instalaciones del empleador.





REGISTROS Y CONTROL DE DOCUMENTOS

REGISTROS

Se tiene la obligatoriedad de mantener los siguientes registros:

- Registro de accidentes de trabajo, enfermedades ocupacionales, incidentes peligrosos y otros incidentes, en el que deben constar la investigación y las medidas correctivas.
- Registro de exámenes médicos ocupacionales.
- Registro del monitoreo de agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales y factores de riesgo disergonómicos.
- Registro de inspecciones internas de seguridad y salud en el trabajo.
- Registro de estadísticas de seguridad y salud.
- Registro de equipos de seguridad o emergencia.
- Registro de inducción, capacitación, entrenamiento y simulacros de emergencia.
- Registro de auditorías

EL REGISTRO ES EL DOCUMENTO QUE PROPORCIONA EVIDENCIA OBJETIVA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS O RESULTADOS OBTENIDOS.

N° REGISTRO	REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO														
DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:															
1	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2	RUC	3	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	5	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL						
6. COMPLETAR SOLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO															
N° TRABAJADORES AFILOS AL SCTR		N° TRABAJADORES MO AFILOS AL SCTR		NOMBRE DE LA ASEGURADORA											
Completar solo si contrata servicios de intermediación o tercerización															
DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:															
7	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	8	RUC	9	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	10	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	11	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL						
12. COMPLETAR SOLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO															
N° TRABAJADORES AFILOS AL SCTR		N° TRABAJADORES MO AFILOS AL SCTR		NOMBRE DE LA ASEGURADORA											
DATOS DEL TRABAJADOR:															
13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO				14	N° ENTE		15. EDAD								
16	ÁREA	17	PUESTO DE TRABAJO	18	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO	19	SEXO F/M	20	TURNO D/T/N	21	TIPO DE CONTRATO	22	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO	23	N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del accidente)
INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO															
24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE				25. FECHA DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN			26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE								
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO					
27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO				28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO)				29. N° DÍAS DE DESCANSO MÉDICO				30. N° DE TRABAJADORES AFECTADOS			
ACCIDENTE LEVE		ACCIDENTE INCAPACITANTE		MORTAL		TOTAL TEMPORAL		PARCIAL TEMPORAL		PARCIAL PERMANENTE		TOTAL PERMANENTE			
31. DESCRIPCIÓN PARTE DEL CUERPO LESIONADO (DE SER EL CASO)															
32. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO															
Describa solo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada. Adjuntar: - Declaración del afectado sobre el accidente de trabajo. - Declaración de testigos (de ser el caso). - Procedimientos, planes, registros, entre otros que ayuden a la investigación de ser el caso.															
33. DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE DE TRABAJO															
Cada empresa o entidad pública o privada, puede adoptar el modelo de determinación de causas, que mejor se adapte a sus características y debe adjuntar al presente formato el desarrollo de la misma.															
34. MEDIDAS CORRECTIVAS															
DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA				RESPONSABLE				FECHA DE EJECUCIÓN				Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)			
DÍA		MES		AÑO											
Insertar todos los registros como sean necesarios															
35. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN															
Nombre:				Cargo:				Fecha:				Firma:			
Nombre:				Cargo:				Fecha:				Firma:			



REGISTROS Y CONTROL DE DOCUMENTOS

N° REGISTRO:	REGISTRO DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES																																																																																																																																																										
DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:																																																																																																																																																											
1	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2	RUC	3	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4	TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA	5	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL																																																																																																																																																		
6	AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	7 COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO					8 LÍNEAS DE PRODUCCIÓN Y/O SERVICIOS																																																																																																																																																				
		9	N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	10	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	11 NOMBRE DE LA ASEGURADORA																																																																																																																																																					
Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:																																																																																																																																																											
DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:																																																																																																																																																											
9	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	10	RUC	11	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	12	TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA	13	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL																																																																																																																																																		
14	AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	15 COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO					16 LÍNEAS DE PRODUCCIÓN Y/O SERVICIOS																																																																																																																																																				
		17	N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	18	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	19 NOMBRE DE LA ASEGURADORA																																																																																																																																																					
DATOS REFERENTES A LA ENTIDAD LABORAL:																																																																																																																																																											
19	19.1 TIPO DE EMPRESA QUE GENERO LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL 1)		19.2 N° DE TRABAJADORES OCUPACIONALES PRESENTES EN CADA MES POR TIPO DE AGENTE		20	NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OCURRIÓ	21	PARTES DEL CUERPO QUE SUFRIÓ LA LESIÓN	22	N° TRABAJADORES AFECTADOS	23	N° DE CAMBIOS DE PLASTOS GENERADOS DE SER EL CASO																																																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="12">TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES</th> </tr> <tr> <th colspan="3">FÍSICO</th> <th colspan="3">QUÍMICO</th> <th colspan="3">BIOLÓGICO</th> <th colspan="3">ERGONÓMICO</th> <th colspan="3">PSICOSOCIALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ruido</td> <td>F1</td> <td>Asesor</td> <td>Q1</td> <td>Virus</td> <td>01</td> <td>Intoxicación medicada de cargo</td> <td>01</td> <td>Histaminérgico patológico</td> <td>01</td> <td>Trastorno psicológico</td> <td>01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vibración</td> <td>F2</td> <td>Wagners</td> <td>Q2</td> <td>Bacterias</td> <td>02</td> <td>Desgaste de puesto inadecuado</td> <td>02</td> <td>Bases laborales</td> <td>02</td> <td></td> <td>02</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ambientación</td> <td>F3</td> <td>Medinas</td> <td>Q3</td> <td>Secarias</td> <td>03</td> <td>Pensuras toxicocáncer</td> <td>03</td> <td>Tercer nivel</td> <td>03</td> <td></td> <td>03</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilación</td> <td>F4</td> <td>Rico</td> <td>Q4</td> <td>Obisgos</td> <td>04</td> <td>Trabajos repetitivos</td> <td>04</td> <td>Falta de comunicación y entrenamiento</td> <td>04</td> <td></td> <td>04</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión alta o baja</td> <td>F5</td> <td>Privo</td> <td>Q5</td> <td>Parasitos</td> <td>05</td> <td>Otros, indicar</td> <td>05</td> <td>Alimentario</td> <td>05</td> <td></td> <td>05</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura (calor o frío)</td> <td>F6</td> <td>Hurtos</td> <td>Q6</td> <td>Insectos</td> <td>06</td> <td></td> <td></td> <td>Otros, indicar</td> <td></td> <td></td> <td>06</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Humedad</td> <td>F7</td> <td>Liquidos</td> <td>Q7</td> <td>Bacterias</td> <td>07</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>07</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Radación en general</td> <td>F8</td> <td>Otros, indicar</td> <td>Q8</td> <td>Otros, indicar</td> <td>08</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>08</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros, indicar</td> <td>F9</td> <td></td> <td>Q9</td> <td></td> <td>09</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>09</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES												FÍSICO			QUÍMICO			BIOLÓGICO			ERGONÓMICO			PSICOSOCIALES			Ruido	F1	Asesor	Q1	Virus	01	Intoxicación medicada de cargo	01	Histaminérgico patológico	01	Trastorno psicológico	01		Vibración	F2	Wagners	Q2	Bacterias	02	Desgaste de puesto inadecuado	02	Bases laborales	02		02		Ambientación	F3	Medinas	Q3	Secarias	03	Pensuras toxicocáncer	03	Tercer nivel	03		03		Ventilación	F4	Rico	Q4	Obisgos	04	Trabajos repetitivos	04	Falta de comunicación y entrenamiento	04		04		Presión alta o baja	F5	Privo	Q5	Parasitos	05	Otros, indicar	05	Alimentario	05		05		Temperatura (calor o frío)	F6	Hurtos	Q6	Insectos	06			Otros, indicar			06		Humedad	F7	Liquidos	Q7	Bacterias	07						07		Radación en general	F8	Otros, indicar	Q8	Otros, indicar	08						08		Otros, indicar	F9		Q9		09						09	
TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES																																																																																																																																																											
FÍSICO			QUÍMICO			BIOLÓGICO			ERGONÓMICO			PSICOSOCIALES																																																																																																																																															
Ruido	F1	Asesor	Q1	Virus	01	Intoxicación medicada de cargo	01	Histaminérgico patológico	01	Trastorno psicológico	01																																																																																																																																																
Vibración	F2	Wagners	Q2	Bacterias	02	Desgaste de puesto inadecuado	02	Bases laborales	02		02																																																																																																																																																
Ambientación	F3	Medinas	Q3	Secarias	03	Pensuras toxicocáncer	03	Tercer nivel	03		03																																																																																																																																																
Ventilación	F4	Rico	Q4	Obisgos	04	Trabajos repetitivos	04	Falta de comunicación y entrenamiento	04		04																																																																																																																																																
Presión alta o baja	F5	Privo	Q5	Parasitos	05	Otros, indicar	05	Alimentario	05		05																																																																																																																																																
Temperatura (calor o frío)	F6	Hurtos	Q6	Insectos	06			Otros, indicar			06																																																																																																																																																
Humedad	F7	Liquidos	Q7	Bacterias	07						07																																																																																																																																																
Radación en general	F8	Otros, indicar	Q8	Otros, indicar	08						08																																																																																																																																																
Otros, indicar	F9		Q9		09						09																																																																																																																																																
24 DETALLE DE LAS CAUSAS QUE GENERAN LAS ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR TIPO DE AGENTE																																																																																																																																																											
Agregar documento en el que describa las causas que generan las enfermedades ocupacionales y adjuntar descripción de los hechos desarrollados por el trabajador antes de adoptar el tratamiento.																																																																																																																																																											
25 COMPLETAR SÓLO EN CASO DE EMPLEO DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS (ver D.S. 00543-PCM / D.S. 005266-05)																																																																																																																																																											
RELACION DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS						SE HAN REALIZADO MONITOREOS DE LOS AGENTES PRESENTES EN EL AMBIENTE (SI/NO)																																																																																																																																																					
26 MEDIDAS CORRECTIVAS																																																																																																																																																											
DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA						RESPONSABLE			FECHA DE EJECUCIÓN			Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)																																																																																																																																															
1.-									DÍA			MES			AÑO																																																																																																																																												
2.-																																																																																																																																																											
Insertar tantos renglones como sean necesarios.																																																																																																																																																											
27 RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN																																																																																																																																																											
Nombre:				Cargo:				Fecha:				Firma:																																																																																																																																															
Nombre:				Cargo:				Fecha:				Firma:																																																																																																																																															

N° REGISTRO:	REGISTRO DE INCIDENTES PELIGROSOS E INCIDENTES																						
DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:																							
1	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2	RUC	3	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4	TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA	5	N° 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	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	9	TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA	10	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL														
DATOS DEL TRABAJADOR (A): Completar sólo en caso que el incidente afecte a trabajador(es).																							
11 APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR:								12	N° ONUCE	13		EDAD											
14	ÁREA	15	PUESTO DE TRABAJO	16	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO	17	SEXO F/M	18	TURNO D/T/N	19	TIPO DE CONTRATO	20	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO	21	N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del suceso)								
22 INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE																							
23 MARCAR CON (X) SI ES INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE																							
23 INCIDENTE PELIGROSO								24 INCIDENTE															
N° TRABAJADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS								DETALLAR TIPO DE ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS (DE SER EL CASO)															
N° POBLADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS																							
25 FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE				26 FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN				27 LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO															
DÍA				MES				AÑO				HORA											
DÍA				MES				AÑO															
28 DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE																							
Describa solo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.																							
Adjuntar:																							
- Declaración del afectado, de ser el caso.																							
- Declaración de testigos, de ser el caso.																							
- Procedimientos, planes, registros, entre otros que ayuden a la investigación de ser el caso.																							
29 DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE																							
Cada empresa, entidad pública o privada puede adoptar el modelo de determinación de las causas que mejor se adapte a sus características.																							
30 MEDIDAS CORRECTIVAS																							
DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA A IMPLEMENTARSE PARA ELIMINAR LA CAUSA Y PREVENIR LA RECURRENCIA								RESPONSABLE				FECHA DE EJECUCIÓN											
1.-												DÍA				MES				AÑO			
2.-																							
Insertar tantos renglones como sean necesarios.																							
31 RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN																							
Nombre:				Cargo:				Fecha:				Firma:											
Nombre:				Cargo:				Fecha:				Firma:											



REGISTROS Y CONTROL DE DOCUMENTOS

N° REGISTRO:		REGISTRO DEL MONITOREO DE AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS, PSICOSOCIALES Y FACTORES DE RIESGO DISERGONÓMICOS				
DATOS DEL EMPLEADOR:						
1	2	3	4	5		
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL		
DATOS DEL MONITOREO						
6		7		8		
ÁREA MONITOREADA		FECHA DEL MONITOREO		INDICAR TIPO DE RIESGO A SER MONITOREADO (AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS, PSICOSOCIALES Y FACTORES DE RIESGO DISERGONÓMICOS)		
9		10		11		
CUENTA CON PROGRAMA DE MONITOREO (S/NO)		FRECUENCIA DE MONITOREO		N° TRABAJADORES EXPUESTOS EN EL CENTRO LABORAL		
12 NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN QUE REALIZA EL MONITOREO (De ser el caso)						
13 RESULTADOS DEL MONITOREO						
14 DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS ANTE DESVIACIONES PRESENTADAS						
15 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LOS RESULTADOS DEL MONITOREO						
Incluir las medidas que se adoptarán para corregir las desviaciones presentadas en el monitoreo.						
ADJUNTAR :						
<ul style="list-style-type: none"> - Programa anual de monitoreo. - Informe con resultados de las mediciones de monitoreo, relación de agentes o factores que son objetos de la muestra, límite permisible del agente monitoreado, metodología empleada, tamaño de muestra, relación de instrumentos utilizados, entre otros. - Copia del certificado de calibración de los instrumentos de monitoreo, de ser el caso. 						
17 RESPONSABLE DEL REGISTRO						
Nombre:						
Cargo:						
Fecha:						
Firma:						

N° REGISTRO:		REGISTRO DE INSPECCIONES INTERNAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				
DATOS DEL EMPLEADOR:						
1	2	3	4	5		
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL		
6		7	8	9		
ÁREA INSPECCIONADA		FECHA DE LA INSPECCIÓN	RESPONSABLE DEL ÁREA INSPECCIONADA	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
10		11				
HORA DE LA INSPECCIÓN		TIPO DE INSPECCIÓN (MARCAR CON X)				
		PLANEADA		NO PLANEADA		
				OTRO, DETALLAR		
12 OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN INTERNA						
13 RESULTADO DE LA INSPECCIÓN						
Indicar nombre completo del personal que participó en la inspección interna.						
14 DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA ANTE RESULTADOS DESFAVORABLES DE LA INSPECCIÓN						
15 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES						
16 RESPONSABLE DEL REGISTRO						
Nombre:						
Cargo:						
Fecha:						
Firma:						



REGISTROS Y CONTROL DE DOCUMENTOS

N° REGISTRO:		FORMATO DE DATOS PARA REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO																	
1 RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL:																			
2 FECHA:																			
MES	3 N° ACCIDENTE MORTAL	4 ÁREA/ SEDE	5 ACCID. DE TRABAJO LEVE	6 ÁREA/ SEDE	7 SOLO PARA ACCIDENTES INCAPACITANTES						8 ENFERMEDAD OCUPACIONAL					9 N° INCIDENTES PELIGROSOS	10 ÁREA/ SEDE	11 N° INCIDENTES	12 ÁREA/ SEDE
					N° Accid. Trab. Incap.	ÁREA/ SEDE	Total Horas hombres trabajadas	Índice de frecuencia	N° días perdidos	Índice de gravedad	Índice de accidenta- bilidad	N° Enf. Ocup.	ÁREA/ SEDE	N° Trabajadores expuestos al agente	Tasa de Incidencia				
ENERO																			
FEBRERO																			
MARZO																			
ABRIL																			
MAYO																			
JUNIO																			
JULIO																			
AGOSTO																			
SEPTIEMBRE																			
OCTUBRE																			
NOVIEMBRE																			
DICIEMBRE																			
													13 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE						



REGISTROS Y CONTROL DE DOCUMENTOS

N° REGISTRO:		REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD							
DATOS DEL EMPLEADOR:									
1	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2	RUC	3	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4	ACTIVIDAD ECONÓMICA	5	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
6					DESCRIBIR LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS (COMPARAR CON LOS OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO)				
7					ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON LAS DESVIACIONES				
8					CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES				
9					RESPONSABLE DEL REGISTRO				
Nombre:					Cargo:				
Fecha:					Firma:				

N° REGISTRO:		REGISTRO DE EQUIPOS DE SEGURIDAD O EMERGENCIA												
DATOS DEL EMPLEADOR:														
1	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2	RUC	3	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4	ACTIVIDAD ECONÓMICA	5	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL					
MARCAR (X)														
TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD O EMERGENCIA ENTREGADO														
6						7								
EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL						EQUIPO DE EMERGENCIA								
8														
NOMBRE(S) DEL(LOS) EQUIPO(S) DE SEGURIDAD O EMERGENCIA ENTREGADO														
LISTA DE DATOS DEL(LOS) Y TRABAJADOR(ES)														
N°	9	NOMBRES Y APELLIDOS			10	DNI	11	ÁREA	12	FECHA DE ENTREGA	13	FECHA DE RENOVACION	14	FIRMA
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
Insertar tantos renglones como sean necesarios														
15														
RESPONSABLE DEL REGISTRO														
Nombre:														
Cargo:														
Fecha:														
Firma:														



REGISTROS Y CONTROL DE DOCUMENTOS

N° REGISTRO:		REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO Y SIMULACROS DE EMERGENCIA					
DATOS DEL EMPLEADOR:							
1	2	3	4	5			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL			
MARCAR (X)							
6	7	8	9				
INDUCCIÓN	CAPACITACIÓN	ENTRENAMIENTO	SIMULACRO DE EMERGENCIA				
10 TEMA:							
11 FECHA:							
12 NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR:							
13 N° HORAS:							
14	15	16	17	18			
APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS CAPACITADOS	N° DNI	ÁREA	FIRMA	OBSERVACIONES			
Insertar tantos renglones como sean necesarios.							
19 RESPONSABLE DEL REGISTRO							
Nombre:							
Cargo:							
Fecha:							
Firma:							

N° REGISTRO:		REGISTRO DE AUDITORÍAS				
DATOS DEL EMPLEADOR:						
1	2	3	4	5		
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL		
6 NOMBRE(S) DEL(DE LOS) AUDITOR(ES)			7 N° REGISTRO			
Insertar tantos renglones como sean necesarios.						
8	9	10				
FECHAS DE AUDITORIA	PROCESOS AUDITADOS	NOMBRE DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS AUDITADOS				
Insertar tantos renglones como sean necesarios.						
11	12					
NÚMERO DE NO CONFORMIDADES	INFORMACIÓN A 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 de implementación, fecha de ejecución, estado de la acción correctiva (Ver modelo de encabezados).						
MODELO DE ENCABEZADOS PARA EL PLAN DE ACCIÓN PARA EL CIERRE DE NO CONFORMIDADES						
13	14					
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD					
Insertar tantos renglones como sean necesarios.						
15	16	17		18		
DESCRIPCIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN		Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)		
		DÍA	MES	AÑO		
19 RESPONSABLE DEL REGISTRO						
Nombre:						
Cargo:						
Fecha:						
Firma:						



PROCEDIMIENTOS

El empleador debe garantizar que todos los trabajadores reciban entrenamiento:

Al momento de la contratación.

- Cuando cambien de puesto o función.
- Cuando se introduzcan nuevas tecnologías, equipos o procesos.
- En caso de ocurrir accidentes graves.

Debe ser teórico y práctico.

Adaptado al nivel de riesgo del puesto.

Documentado (registro obligatorio).

noatum logistics		CODIGO SST P 61	VERSION 01	Página 1 de 17
PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS				
	Nombre	Cargo	Firma	Fecha de aprobación
Elaborado por	José Antonio	Gerente	[Firma]	25-08-2019
Revisado por	Isabel Arriaga	Gerente	[Firma]	25-08-2019
Aprobado por	Juan Antonio Chacón	Director General	[Firma]	25-08-2019

PROCEDIMIENTO para trabajos en altura				
FECHA: AGOSTO 2011	REEMPLAZA:	CODIGO:	REVISIÓN:	Página 1 de 19
1.0 OBJETIVO				
El objetivo del presente procedimiento es el de establecer las condiciones de seguridad necesarias para la realización de trabajos en altura, y de esta manera evitar riesgos a los trabajadores que los lleven a cabo.				
2.0 ALCANCE				
Se aplica en todas las áreas de Ganadería Integral SA, S.A. de C.V. Planta Monterrey				
3.1 TERMINOLOGIA Y DEFINICIONES				
3.1 Trabajo en altura: es todo aquel trabajo que se realice a 1.80 metros o más del piso o superficie en que se está trabajando.				
3.2 Arnés: es un dispositivo de protección personal utilizado para prevención de caídas, de tal manera que la fuerza generada por el impacto al detener la caída, se distribuya en piernas, hombros, y tórax, al estar sujeto a otros componentes del sistema de protección contra caídas.				
3.3 Conector: El dispositivo que permite la unión física de dos elementos de un sistema de protección personal para interrumpir caídas de altura.				
3.1 Bloqueador de caída de tipo corredizo: El dispositivo diseñado para sujetarse a un rail vertical o línea de vida vertical, y deslizarse hacia arriba y hacia abajo, en respuesta a movimientos de ascenso, y que se bloquea automáticamente en respuesta al movimiento súbito de una caída.				
3.1 Línea de vida: Cable que sirve al punto de seguridad a un punto fijo situado por encima del equipo suspendido de acceso.				
3.2 Punto de anclaje: en un lugar dispuesto en el equipo suspendido de acceso, para la fijación independiente de la línea de vida del sistema de protección contra caídas.				

¿CÓMO ORGANIZAR TU GESTIÓN DOCUMENTAL DE SST?





ENTRENAMIENTO, CAPACITACIÓN Y COMUNICACIÓN

ENTRENAMIENTO EN SST

- El empleador debe garantizar que todos los trabajadores reciban entrenamiento:
- Al momento de la contratación.
- Cuando cambien de puesto o función.
- Cuando se introduzcan nuevas tecnologías, equipos o procesos.
- En caso de ocurrir accidentes graves.
- Debe ser teórico y práctico.
- Adaptado al nivel de riesgo del puesto.
- Documentado (registro obligatorio).







ING. JORGE LUIS ARZAPALO B.







ENTRENAMIENTO, CAPACITACIÓN Y COMUNICACIÓN

CAPACITACIÓN EN SST

Según la ley:

-  Mínimo 4 capacitaciones al año.
-  Dentro de la jornada laboral.
-  Sin costo para el trabajador.
-  Debe quedar constancia firmada.

Temas comunes:

-  Identificación de peligros y evaluación de riesgos (IPERC).
-  Uso de EPP.
-  Primeros auxilios.
-  Prevención de incendios. Investigación de accidentes. El Comité o Supervisor de SST también debe recibir capacitación especializada.



La falta de capacitación en SST puede ser considerada infracción grave o muy grave por la SUNAFIL, generando multas significativas según el tamaño de la empresa.

ING. JORGE LUIS ARZAPALO B.



ENTRENAMIENTO, CAPACITACIÓN Y COMUNICACIÓN

COMUNICACIÓN EN SST

La empresa debe:

- Informar sobre los riesgos del puesto.
- Comunicar medidas preventivas.
- Publicar el Reglamento Interno de SST.
- Señalizar adecuadamente áreas de riesgo.
- Realizar inducciones y charlas de seguridad.

La comunicación debe ser:

- Clara
- Comprensible
- Permanente
- Bidireccional



PODER JUDICIAL
DEL PERÚ

2022

Reglamento Interno de
Seguridad y Salud en el Trabajo
del Poder Judicial
RA. 039-2022-CE-PJ





EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP).

Las normas establecen la obligación del empleador de proporcionar EPP adecuados, gratuitos y en buen estado a los trabajadores expuestos a riesgos.

EPP

Son dispositivos, accesorios o vestimentas diseñados para proteger al trabajador de riesgos que puedan amenazar su seguridad o salud en el trabajo.

El EPP es la última medida de control, después de:

- Eliminación del riesgo
- Sustitución
- Controles de ingeniería
- Controles administrativos



USO OBLIGATORIO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)





EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP).




OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR

El empleador debe:

-  Proporcionar EPP adecuado según el IPERC.
-  Entregarlo gratuitamente.
-  Capacitar sobre su uso, mantenimiento y limitaciones.
-  Reemplazarlo cuando esté deteriorado.
-  Supervisar su uso obligatorio.
-  Llevar registro de entrega.

OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR

El trabajador debe:

-  Usar correctamente el EPP.
-  Cuidarlo y mantenerlo.
-  Informar daños o deterioro.



El incumplimiento puede ser sancionado por SUNAFIL



EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP).

TIPOS DE EPP

Protección de cabeza

 Casco de seguridad (industria, construcción, minería)

Protección ocular y facial

 Lentes de seguridad

 Caretas faciales

 Pantallas para soldadura

Protección respiratoria

 Mascarillas

 Respiradores con filtros

 Equipos autónomos

Protección auditiva

 Tapones

 Orejeras

Protección de manos

 Guantes dieléctricos

 Guantes anticorte

 Guantes de nitrilo

Protección de pies

 Botas con punta de acero

 Calzado dieléctrico

 Botas antideslizantes

Protección corporal

 Chalecos reflectivos

 Ropa ignífuga





 Arnés de seguridad (trabajo en altura)



EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP).

REQUISITOS TÉCNICOS

Los EPP deben:

-  Cumplir normas técnicas (ANSI, EN, NTP, ISO u otras certificaciones).
-  Ser compatibles entre sí.
-  Adaptarse al trabajador.
-  Estar en buen estado y limpios.

TIPOS DE EPP




Protección de manos

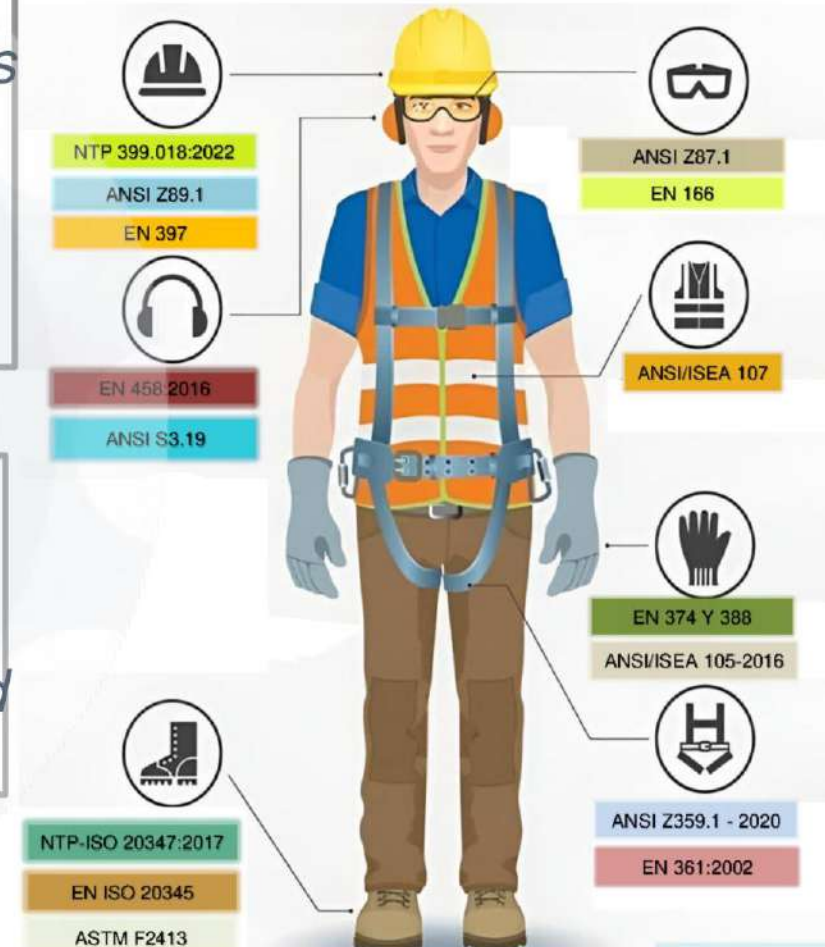
-  Guantes dieléctricos
-  Guantes anticorte
-  Guantes de nitrilo

Protección de pies

-  Botas con punta de acero
-  Calzado dieléctrico
-  Botas antideslizantes

Protección corporal

-  Chalecos reflectivos
-  Ropa ignífuga
-  Arnés de seguridad (trabajo en altura)





PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

En el Perú, la gestión de emergencias en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) está regulada principalmente por:

 Ley N° 29783

 Decreto Supremo N° 005-2012-TR

Estas normas obligan al empleador a implementar medidas para prevenir y actuar ante situaciones de emergencia.

BRIGADA DE PRIMEROS
AUXILIOS



BRIGADA CONTRA
INCENDIOS








BRIGADA EVACUACIÓN









PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR

-  Elaborar y difundir el plan de emergencias.
-  Designar responsables.
-  Garantizar recursos y equipos adecuados.
-  Capacitar a todos los trabajadores.
-  Actualizar el plan cuando cambien las condiciones.

IMPORTANCIA

-  Reduce lesiones y pérdidas humanas.
-  Minimiza daños materiales.
-  Evita sanciones administrativas.
-  Protege la continuidad del negocio.









PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS

Consiste en identificar y controlar situaciones que puedan generar emergencias, como:

-  Incendios
-  Explosiones
-  Sismos
-  Derrames de sustancias peligrosas
-  Cortes eléctricos
-  Accidentes graves

Se realiza mediante:

-  IPERC (Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos).
-  Inspecciones de seguridad.
-  Mantenimiento preventivo de equipos.
-  Señalización y rutas de evacuación.





PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

PREPARACIÓN ANTE EMERGENCIAS

La empresa debe contar con un Plan de Preparación y Respuesta ante Emergencias, que incluya:

- Identificación de posibles escenarios de emergencia.*
- Organización de brigadas (evacuación, primeros auxilios, contra incendios).*
- Capacitación y entrenamiento del personal.*
- Señalización y planos de evacuación visibles.*
- Equipos de emergencia (extintores, botiquines, alarmas, luces de emergencia).*
- Simulacros periódicos (mínimo una vez al año).*





PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

Cuando ocurre una emergencia, se debe:

- Activar la alarma.*
- Ejecutar el plan de evacuación.*
- Aplicar primeros auxilios si es necesario.*
- Comunicar a las autoridades correspondientes (bomberos, policía, ambulancia).*
- Registrar e investigar el evento.*

En el Perú, se coordina con el Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú en caso de incendios u otras emergencias mayores.



ING. JORGE LUIS ARZAPALO B.

¡Gracias!



Centro de
Especializaciones
Noeder

Conéctate con nuestra comunidad

