

## ANEXO 1

### FORMATOS REFERENCIALES CON LA INFORMACIÓN MÍNIMA QUE DEBEN CONTENER LOS REGISTROS OBLIGATORIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

#### INTRODUCCIÓN

Los registros mostrados en la presente guía, tienen por finalidad orientar a los empleadores hacia una adecuada implementación y a un pleno cumplimiento de la normativa vigente. Estos han sido elaborados en base a lo señalado en el Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por el D.S. N° 005-2012-TR, conforme a los artículos siguientes:

**“Artículo 33°.-** Los registros obligatorios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo son:

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

Los registros a que se refiere el párrafo anterior deberán contener la información mínima establecida en los formatos que aprueba el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo mediante Resolución Ministerial.

**Artículo 34°.-** En los casos de empleadores de intermediación o tercerización, el empleador usuario o principal también debe implementar los registros a que se refiere el inciso a) del artículo precedente para el caso de los trabajadores en régimen de intermediación o tercerización, así como para las personas bajo modalidad formativa y los que prestan servicios de manera independiente, siempre que éstos desarrollen sus actividades total o parcialmente en sus instalaciones. (...)

**Artículo 35°.-** El registro de enfermedades ocupacionales debe conservarse por un período de veinte (20) años; los registros de accidentes de trabajo e incidentes peligrosos por un periodo de diez (10) años posteriores al suceso; y los demás registros por un periodo de cinco (5) años posteriores al suceso.

Para la exhibición a que hace referencia el artículo 88° de la Ley, el empleador cuenta con un archivo activo donde figuran los eventos de los últimos doce (12) meses de ocurrido el suceso, luego de lo cual pasa a un archivo pasivo que se deberá conservar por los plazos señalados en el párrafo precedente. Estos archivos pueden ser llevados por el empleador en medios físicos o digitales.

Si la Inspección del Trabajo requiere información de períodos anteriores a los últimos doce (12) meses a que se refiere el artículo 88° de la Ley, debe otorgar un plazo razonable para que el empleador presente dicha información.”

## FORMATOS REFERENCIALES

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

#### 1. Registro de accidentes de trabajo

Cuando ocurra un accidente de trabajo, es preciso que se adopten las medidas necesarias que eviten su repetición. La recopilación detallada de los datos que ofrece un accidente de trabajo es una valiosa fuente de información, que es conveniente aprovechar al máximo. Para ello es primordial que los datos del accidente de trabajo sean debidamente registrados, ordenados y dispuestos para su posterior análisis y registro estadístico.

Nº REGISTRO:		<b>REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO</b>										
<b>DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:</b>												
1	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL		2	RUC		3	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)			4	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	
6 COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO												
Nº TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR		Nº TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR		NOMBRE DE LA ASEGURADORA								
Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:												
<b>DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:</b>												
7	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL		8	RUC		9	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)			10	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	
12 COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO												
Nº TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR		Nº TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR		NOMBRE DE LA ASEGURADORA								
<b>DATOS DEL TRABAJADOR :</b>												
13 APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO:						14 Nº DNI/CE			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 Nº HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del accidente)												
<b>INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO</b>												
24 FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE				25 FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN				26 LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE				
DÍA		MES		AÑO		HORA		DÍA		MES		
27 MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO												
28 MARCAR CON (X) GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO)												
29 Nº DÍAS DE DESCANSO MÉDICO												
30 Nº DE TRABAJADORES AFECTADOS												
ACCIDENTE LEVE		ACCIDENTE INCAPACITANTE		MORTAL		TOTAL TEMPORAL		PARCIAL TEMPORAL		PARCIAL PERMANENTE		
31 DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso):												
32 DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO												
<p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p><b>Adjuntar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Declaración del afectado sobre el accidente de trabajo.</li> <li>- Declaración de testigos (de ser el caso).</li> <li>- Procedimientos, planos, registros, entre otros que ayuden a la investigación de ser el caso.</li> </ul>												
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		
1.-												
2.-												
Insertar tantos renglones como sean necesarios.												
35 RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN												
Nombre:						Cargo:			Fecha:		Firma:	
Nombre:						Cargo:			Fecha:		Firma:	

## FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

### DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL

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 el número de trabajadores totales presentes en el centro laboral, incluyendo trabajadores de intermediación o tercerización.
6. **COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO**  
Las actividades de alto riesgo están comprendidas en el Anexo N°5 del reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

#### **N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR**

Completar número de trabajadores que el empleador afilió al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

#### **N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR**

Completar número de trabajadores que el empleador no afilió al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

#### **NOMBRE DE LA ASEGURADORA**

Completar el nombre de la aseguradora que contrató el empleador para cubrir prestaciones de SCTR.

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

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

7. **RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL**  
Completar la razón social o denominación social según corresponda del empleador de intermediación o tercerización.
8. **RUC**  
Completar número de registro único del contribuyente del empleador de intermediación o tercerización.
9. **DOMICILIO**  
Completar el domicilio principal del empleador de intermediación o tercerización, según lo indicado en el RUC.
10. **TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA**  
Describir en detalle la actividad económica.
11. **NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**  
Indicar número de trabajadores destacados para trabajar con el empleador principal.

**12. COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO**

Las actividades de alto riesgo están comprendidas en el Anexo N°5 del reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

**N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR**

Completar número de trabajadores que el empleador afilió al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

**N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR**

Completar número de trabajadores que el empleador no afilió al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

**NOMBRE DE LA ASEGURADORA**

Completar el nombre de la aseguradora que contrató el empleador para cubrir prestaciones de SCTR.

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR AFECTADO**

Completar los apellidos y nombres del trabajador.

**14. N° DNI / CE**

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

**15. EDAD**

Completar edad.

**16. ÁREA**

Completar el nombre del área a la cual pertenece el trabajador.

**17. PUESTO DE TRABAJO**

Describir el puesto de trabajo.

**18. ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO**

Indicar tiempo de permanencia en el empleo.

**19. SEXO F/M**

Completar sexo femenino o masculino.

**20. TURNO D/T/N**

Completar turno día (D), tarde (T), noche (N).

**21. TIPO DE CONTRATO**

Completar tipo de contrato (Ejemplo: Decreto Legislativo N°1057, Decreto Legislativo N° 728, Decreto Legislativo N° 276, otros).

**22. TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO**

Completar tiempo de trabajo en el puesto de trabajo actual.

**23. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL**

Completar número de horas trabajadas en la jornada laboral antes de que ocurra el accidente.

**INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO**

**24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE DE TRABAJO**

Completar fecha y hora en la que ocurrió el accidente de trabajo.

**25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN**

Completar fecha de inicio de la investigación.

## **26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE**

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

## **27. 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).

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

- 1. 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.
- 2. 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.
- 3. Accidente Mortal:** Suceso cuyas lesiones producen la muerte del trabajador. Para efectos estadísticos debe considerarse la fecha del deceso.

## **28. GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE**

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

- 1. Total Temporal:** cuando la lesión genera en el accidentado la imposibilidad total de utilizar su organismo; se otorgará tratamiento médico hasta su plena recuperación.
- 2. Parcial Temporal:** cuando la lesión genera en el accidentado la imposibilidad parcial de utilizar su organismo; se otorgará tratamiento médico hasta su plena recuperación.
- 3. Parcial Permanente:** cuando la lesión genera la pérdida parcial de un miembro u órgano o de las funciones del mismo.
- 4. 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.

## **29. N° DIAS DE DESCANSO MÉDICO**

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

## **30. N° TRABAJADORES AFECTADOS**

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

## **31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO**

Describir parte del cuerpo lesionado producto del accidente de trabajo.

## **32. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

Adjuntar:

- Declaración del afectado sobre el accidente de trabajo.
- Declaración de testigos de ser el caso.
- Procedimientos, planos, 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

formato el desarrollo de la misma, indicando el nombre y firma del responsable de la investigación.

### **Ejemplo de modelo de determinación de causas:**

**Causas de los Accidentes:** Son uno o varios eventos relacionados que concurren para generar un accidente (Ref. D.S. N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo).

Se dividen en:

**1. Falta de control:** Son fallas, ausencias o debilidades administrativas en la conducción del empleador o servicio y en la fiscalización de las medidas de protección de la seguridad y salud en el trabajo.

### **2. Causas Básicas: Referidas a factores personales y factores de trabajo:**

**2.1. Factores Personales.-** Referidos a limitaciones en experiencias, fobias y tensiones presentes en el trabajador.

**2.2. Factores del Trabajo.-** Referidos al trabajo, las condiciones y medio ambiente de trabajo: organización, métodos, ritmos, turnos de trabajo, maquinaria, equipos, materiales, dispositivos de seguridad, sistemas de mantenimiento, ambiente, procedimientos, comunicación, entre otros.

**3. Causas Inmediatas.-** Son aquellas debidas a los actos condiciones subestándares.

**3.1. Condiciones Subestándares:** Es toda condición en el entorno del trabajo que puede causar un accidente.

**3.2. Actos Subestándares:** Es toda acción o práctica incorrecta ejecutada por el trabajador que puede causar un accidente.

**Estándares de Trabajo:** Son los modelos, pautas y patrones establecidos por el empleador que contienen los parámetros y los requisitos mínimos aceptables de medida, cantidad, calidad, valor, peso y extensión establecidos por estudios experimentales, investigación, legislación vigente o resultado del avance tecnológico, con los cuales es posible comparar las actividades de trabajo, desempeño y comportamiento industrial. Es un parámetro que indica la forma correcta de hacer las cosas. El estándar satisface las siguientes preguntas: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Quién? y ¿Cuándo?

### **34. MEDIDAS CORRECTIVAS**

Describir las medidas correctivas a implementar para eliminar o controlar la causa y prevenir la recurrencia del accidente de trabajo; indicar el responsable, fecha propuesta de ejecución, así como: en la fecha de ejecución propuesta, completar el estado de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución).

### **35. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN**

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

## 2. Registro de enfermedades ocupacionales

Nº 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 ECONÓMICA	5	Nº 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												
		Nº TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR		Nº TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR		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 ECONÓMICA	13	Nº 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												
		Nº TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR		Nº TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR		NOMBRE DE LA ASEGURADORA															
DATOS REFERENTES A LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL																					
17	TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL 1)	18 Nº ENFERMEDADES OCUPACIONALES PRESENTADAS EN CADA MES POR TIPO DE AGENTE										19	NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	20	PARTE DEL CUERPO O SISTEMA DEL TRABAJADOR AFECTADO	21	Nº TRAB. AFECTADOS	22	ÁREAS	23	Nº DE CAMBIOS DE PUESTOS GENERADOS DE SER EL CASO
		AÑO: E F M A M J J A S O N D																			
24 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																				
25 DETALLE DE LAS CAUSAS QUE GENERAN LAS ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR TIPO DE AGENTE																					
Adjuntar documento en el que consten las causas que generan las enfermedades ocupacionales y adicionalmente indicar una breve descripción de las labores desarrolladas por el trabajador antes de adquirir la enfermedad.																					
26 COMPLETAR SÓLO EN CASO DE EMPLEO DE SUSTANCIAS CANCERIGENAS (Ref. D.S. 039-93-PCM / D.S. 015-2005-SA)																					
RELACIÓN DE SUSTANCIAS CANCERIGENAS										SE HAN REALIZADO MONITOREOS DE LOS AGENTES PRESENTES EN EL AMBIENTE (SI/NO)											
27 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				
1.-																					
2.-																					
Insertar tantos renglones como sean necesarios.																					
28 RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN																					
Nombre:										Cargo:					Fecha:			Firma:			
Nombre:										Cargo:					Fecha:			Firma:			

## FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES

### DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL

**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 laboran los trabajadores afectados con la enfermedad ocupacional.

**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.

**6. AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD**

Completar año de inicio de la actividad de la empresa, entidad pública o privada.

**7. COMPLETAR SÓLO EN CASO LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SON CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO**

**Nº TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR**

Completar número de trabajadores que el empleador afilió al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

**Nº TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR**

Completar número de trabajadores que el empleador no afilió al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

**NOMBRE DE LA ASEGURADORA**

Completar el nombre de la aseguradora que contrató el empleador para cubrir prestaciones de SCTR.

**8. LÍNEAS DE PRODUCCIÓN Y/O SERVICIOS**

Completar con las líneas de producción y/o servicios existentes.

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

Completar sólo en caso la enfermedad ocupacional se refiera a trabajador(es) del empleador de intermediación o tercerización, contratista, sub contratista, otros.

**9. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL**

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

**10. RUC**

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

**11. DOMICILIO**

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

**12. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Describir en detalle la actividad económica.



**13. NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**

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

**14. AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD**

Completar año de inicio de la actividad.

**15. COMPLETAR SÓLO EN CASO LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SON CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO**

**Nº TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR**

Completar número de trabajadores que el empleador afilió al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

**Nº TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR**

Completar número de trabajadores que el empleador no afilió al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

**NOMBRE DE LA ASEGURADORA**

Completar el nombre de la aseguradora que contrató el empleador para cubrir prestaciones de SCTR.

**16. LÍNEAS DE PRODUCCIÓN Y/O SERVICIOS**

Completar las líneas de producción y/o servicios de los cuales es responsable en la empresa principal.

**DATOS REFERENTES A LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL**

**17. TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL**

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

**18. Nº ENFERMEDADES OCUPACIONALES PRESENTADAS EN CADA MES POR TIPO DE AGENTE**

Completar el número de enfermedades ocupacionales presentadas o las posibles enfermedades que podrían presentarse por cada mes y; por tipo de agente.

**19. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL**

Completar el nombre de la enfermedad ocupacional.

**20. PARTE DEL CUERPO O SISTEMA DEL TRABAJADOR AFECTADO CON EL AGENTE**

Completar parte del cuerpo o sistema del trabajador afectado.

**21. Nº DE TRABAJADORES AFECTADOS**

Completar número de trabajadores afectados.

**22. ÁREAS**

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

**23. Nº DE CAMBIOS DE PUESTOS GENERADOS**

Completar número de cambios de puestos de trabajo generados.

**24. TABLA REFERENCIAL 1**

Clasificación de agentes, base para completar el ítem 17.

**25. DETALLE DE LAS CAUSAS QUE GENERAN LAS ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR TIPO DE AGENTE**

Adjuntar documento en el que consten las causas que generan las enfermedades ocupacionales y adicionalmente indicar una breve descripción de las labores desarrolladas por el trabajador antes de adquirir la enfermedad.

**26. COMPLETAR SÓLO EN CASO DE EMPLEO DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS**

Completar relación de sustancias cancerígenas, e indicar si se ha realizado monitoreo de los agentes presentes en el ambiente (Ref. D.S. N° 039-PCM / D.S. N° 015-2005-SA).

**27. MEDIDAS CORRECTIVAS**

Indicar la descripción de la(s) medida(s) correctiva(s), el nombre del responsable de su implementación, la fecha de ejecución y completar en la fecha de ejecución propuesta, el estado de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución).

**28. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN**

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

**3. Registro de incidentes peligrosos e incidentes**

N° REGISTRO:		<b>REGISTRO DE INCIDENTES PELIGROSOS E INCIDENTES</b>											
<b>DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:</b>													
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
Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:													
<b>DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:</b>													
6	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL		7	RUC		8	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)			9	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	10	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
<b>DATOS DEL TRABAJADOR (A):</b> Completar sólo en caso que el incidente afecte a trabajador(es).													
11 APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR :										12	N° DNI/CE	13	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	N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del suceso)						
<b>INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE</b>													
22 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							
<b>28 DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE</b>													
Describe solo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.													
<b>Adjuntar:</b>													
- Declaración del afectado, de ser el caso.													
- Declaración de testigos, de ser el caso.													
- Procedimientos, planos, registros, entre otros que ayuden a la investigación de ser el caso.													
<b>29 DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE</b>													
Cada empresa, entidad pública o privada puede adoptar el modelo de determinación de las causas que mejor se adapte a sus características.													
<b>30 MEDIDAS CORRECTIVAS</b>													
DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA A IMPLEMENTARSE PARA ELIMINAR LA CAUSA Y PREVENIR LA RECURRENCIA						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			
1.-													
2.-													
Insertar tantos renglones como sean necesarios.													
<b>31 RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN</b>													
Nombre:						Cargo:		Fecha:		Firma:			
Nombre:						Cargo:		Fecha:		Firma:			

## **FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE INCIDENTES PELIGROSOS E INCIDENTES**

### **DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL**

**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 incidente peligroso o incidente.

**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) accidentado(a) trabaja para el empleador de intermediación o tercerización, contratista, sub contratista, otros.

**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**

Completar sólo en caso que el incidente afecte a trabajador(es).

**11. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR**

Completar los apellidos y nombres del trabajador.

**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 área a la cual pertenece el trabajador.

**15. PUESTO DE TRABAJO**

Describir el 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 (Ejemplo: Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo N° 728, Decreto Legislativo N° 276, otros).

**20. TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO**

Completar tiempo de trabajo en el puesto de trabajo actual.

**21. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL**

Completar número de horas trabajadas en la jornada laboral antes de que ocurra el suceso.

**INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE**

**22. MARCAR CON (X) SI ES INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE**

Marcar con (X) si es incidente peligroso o incidente, de acuerdo a la definición de lo establecido en el D.S. N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el 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.

**23. INCIDENTE PELIGROSO**

**N° TRABAJADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS**

Completar el número estimado de trabajadores potencialmente afectados en caso sea un incidente peligroso.

**N° POBLADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS**

Completar el número estimado de pobladores potencialmente afectados en caso de materializarse el incidente peligroso.

**24. INCIDENTE**

**DETALLAR TIPO DE ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS (DE SER EL CASO)**

Completar tipo de atención en primeros auxilios producto del incidente.

**25. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE**

Completar fecha y hora en la que ocurrió el incidente peligroso o incidente.

**26. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN**

Completar fecha de inicio de la investigación.

**27. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE**

Completar el área o ubicación del lugar exacto donde ocurrió el hecho.

**28. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE**

Describe sólo 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, planos, 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**

Indicar la descripción de la(s) medida(s) correctiva(s), el nombre del responsable de su implementación, la fecha de ejecución y completar en la fecha de ejecución propuesta, el estado de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución).

## **31. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN**

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

# **B. REGISTRO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES**

Los empleadores tienen la obligación de practicar exámenes médicos a sus trabajadores (Art. 2° del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por el D.S. 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 Art. 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud).

# **C. REGISTRO DEL MONITOREO DE AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS, PSICOSOCIALES Y FACTORES DE RIESGO DISERGONÓMICOS**

El monitoreo permite a la empresa, entidad pública o privada vigilar los niveles de emisión y exposición de los agentes presentes en el entorno laboral para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

El monitoreo permite:

- a) Identificar qué factores de riesgo o agentes están presentes en el ambiente de trabajo, indicando su concentración o intensidad. Los resultados se comparan con los valores límite establecidos para cada agente.
- b) Determinar los niveles de riesgos para la salud en el trabajo.
- c) Comprobar la eficiencia de los métodos de control de los agentes que sobrepasaron los valores límite.
- d) Comprobar el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo.
- e) Orientar las acciones de control y prevención.

Aquellos agentes o factores a ser monitoreados son:

- a) Físicos: ruidos, vibraciones, iluminación, ventilación, presión alta o baja, temperatura (calor, frío), humedad, radiación en general, otros.
- b) Químicos: gases, vapores, polvos, neblinas, rocío, polvo, humos, líquidos, otros.

- c) Biológicos: virus, bacilos, bacterias, hongos, parásitos, microbios, insectos, roedores, otros.
- d) Disergonómicos: manipulación manual de cargas, sobreesfuerzos, posturas de trabajo, movimientos repetitivos, otros.
- e) Psicosociales: hostigamiento psicológico, estrés laboral, mobbing (acoso laboral), otros.

Los instrumentos para medir los agentes o factores que tienen influencia en la generación de riesgos que afectan la seguridad y salud de los trabajadores deben estar calibrados, para ello es necesario contar con un programa de calibración de estos instrumentos.

<b>Nº REGISTRO:</b>		<b>REGISTRO DEL MONITOREO DE AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS, PSICOSOCIALES Y FACTORES DE RIESGO DISERGONÓMICOS</b>		
<b>DATOS DEL EMPLEADOR:</b>				
<b>1</b> RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	<b>2</b> RUC	<b>3</b> DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	<b>4</b> ACTIVIDAD ECONÓMICA	<b>5</b> Nº TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
<b>DATOS DEL MONITOREO</b>				
<b>6</b> ÁREA MONITOREADA	<b>7</b> FECHA DEL MONITOREO	<b>8</b> INDICAR TIPO DE RIESGO A SER MONITOREADO (AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS, PSICOSOCIALES Y FACTORES DE RIESGO DISERGONÓMICOS)		
<b>9</b> CUENTA CON PROGRAMA DE MONITOREO (SÍ/NO)	<b>10</b> FRECUENCIA DE MONITOREO	<b>11</b> Nº TRABAJADORES EXPUESTOS EN EL CENTRO LABORAL		
<b>12 NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN QUE REALIZA EL MONITOREO (De ser el caso)</b>				
<b>13 RESULTADOS DEL MONITOREO</b>				
<b>14 DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS ANTE DESVIACIONES PRESENTADAS</b>				
<b>15 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LOS RESULTADOS DEL MONITOREO</b>				
Incluir las medidas que se adoptarán para corregir las desviaciones presentadas en el monitoreo.				
<b>ADJUNTAR :</b> - 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.				
<b>17 RESPONSABLE DEL REGISTRO</b>				
Nombre: Cargo: Fecha: Firma				

**FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DEL MONITOREO DE AGENTES FÍSICOS,  
QUÍMICOS, BIOLÓGICOS, PSICOSOCIALES Y FACTORES DE RIESGO  
DISERGONÓMICOS**

**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**

Completar el domicilio donde se realizará el monitoreo.

**4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Describir en detalle la actividad económica.

**5. NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**

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

**DATOS DEL MONITOREO**

**6. ÁREA MONITOREADA**

Completar el nombre del área monitoreada.

**7. FECHA DE MONITOREO**

Completar fecha del monitoreo.

**8. TIPO DE RIESGO A SER MONITOREADO**

Indicar tipo de riesgo a ser monitoreado (agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales y factores de riesgo disergonómicos).

**9. PROGRAMA DE MONITOREO**

Indicar si tiene programa de monitoreo.

**10. FRECUENCIA DEL MONITOREO**

Completar con qué frecuencia se realizan los monitoreos según el programa de monitoreo.

**11. N° TRABAJADORES EXPUESTOS EN EL CENTRO LABORAL**

Completar número total de trabajadores expuestos al agente o factor.

**12. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN QUE REALIZA EL MONITOREO**

Completar el nombre de la organización que realiza el monitoreo.

**13. RESULTADOS DEL MONITOREO**

Describir los resultados del monitoreo de los agentes o factores presentes en el trabajo.

**14. DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS ANTE DESVIACIONES PRESENTADAS**

Describir las causas de las desviaciones presentadas en el resultado del monitoreo.

**15. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Describir las medidas que se adoptaran para corregir las desviaciones presentadas en el monitoreo. Adjuntar:

- Programa anual de monitoreo.
- Informe con resultados de las mediciones de monitoreo, relación de agentes 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.

## **16. RESPONSABLE DEL REGISTRO**

Completar el nombre del responsable del registro.

### **D. REGISTRO DE INSPECCIONES INTERNAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Las inspecciones internas de seguridad y salud en el trabajo permiten descubrir los problemas existentes y evaluar sus riesgos antes que ocurran los accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades ocupacionales.

Dichas inspecciones internas de seguridad y salud en el trabajo pueden ser:

- Las no planeadas o informales: son las que se realizan sin una programación determinada previamente. En tal sentido, dependen mucho de la capacidad y habilidad del observador y no son sistemáticas.
- Las planeadas o formales: son aquellas que se llevan a cabo en forma programada con antelación y exigen preparación. En tal sentido, son exhaustivas, detalladas y se hacen con un método definido.

Los tipos de inspecciones planeadas pueden ser:

#### **a) Inspecciones de elementos y partes críticas**

Estas inspecciones son revisiones periódicas de elementos críticos para comprobar su estado. Para desarrollar una inspección de este tipo es necesario previamente elaborar un inventario de objetos críticos, los registros respectivos y su lista de verificación.

Los elementos o partes críticas se puede definir como componentes de las maquinarias, de los equipos, de los materiales, de las estructuras o de las áreas, que tienen mayores probabilidades de ocasionar un problema o pérdida de magnitudes cuando se gastan, se dañan, se maltratan o utilizan en forma inadecuada.

Pasos para desarrollar un inventario de partes o componentes críticos:

- Liste todos los objetos existentes en su área, clasifíquelos por su categoría: maquinaria, equipo, estructura, material, etc.
- Ordene la lista y de acuerdo con ella identifique todos los objetos que considere críticos, haciendo esto último en grupo.
- Explique las razones para clasificar crítico al objeto.
- Registre los objetos críticos y establezca sus partes o componentes críticos, qué cosas buscar, la frecuencia de inspección y quién debería hacer la inspección.
- Con base a los registros elabore la lista de verificación de cada objeto crítico.

#### **b) Inspecciones de orden, limpieza y seguridad**

Es un tipo de inspección planeada vital, pues el desorden y la suciedad son enemigos de la seguridad, la calidad, la productividad y la efectividad en costos.

Siempre que se hace este tipo de inspección, hay que formular dos preguntas claves:

- ¿Es necesario este objeto?
- ¿Se encuentra en el lugar adecuado?



Un lugar está en orden cuando no hay cosas innecesarias y cuando todas las cosas necesarias se encuentran en su respectivo lugar.

La metodología más usada es la siguiente:

- Organización: identificar y separar los materiales necesarios de los innecesarios y desprenderse de estos últimos.
- Orden: establecer el modo en que deben ubicarse e identificarse los materiales necesarios, de manera que sea fácil y rápido encontrarlos, utilizarlos y reponerlos.
- Limpieza: identificar y eliminar las fuentes de suciedad.
- Control: distinguir fácilmente una situación normal de otra anormal, mediante normas sencillas y visibles para todos.
- Disciplina y hábito: trabajar permanentemente de acuerdo con las normas establecidas.
- Seguridad: mantener el lugar de trabajo con condiciones de seguridad.

c) Inspecciones generales

Es un paseo o caminata planificada a través de un área completa, un vistazo completo a todo, en busca de condiciones y actos inseguros.

Etapas:

➤ Preparación

- Comience con una actitud positiva.
- Planifique la inspección: establezca un recorrido.
- Determine lo que va a observar.
- Sepa qué buscar.
- Haga lista de verificaciones.
- Revise el historial de inspecciones pasadas.
- Consiga herramientas y materiales.

➤ Acción de inspección

- Oriéntese por el recorrido planificado y la lista de verificación.
- Acentúe lo positivo.
- Busque los aspectos que se encuentran fuera de la vista.
- Adopte medidas temporales inmediatas.
- Describa claramente cada aspecto, de ser posible tome fotografías.
- Clasifique las condiciones peligrosas.
- Informe de los artículos que parecen innecesarios.
- Determine las causas básicas de los actos y condiciones sub estándares.
- Redacte el informe de inspección respectivo.

➤ Desarrollo de acciones correctivas

Existen muchas acciones correctivas posibles para cada problema, ellas varían en su costo, su efectividad, en el problema y en el método de control. Algunas reducen la probabilidad de ocurrencia, otras reducen la gravedad de la pérdida cuando ocurre el incidente.

➤ Acciones de seguimiento.

- Emita órdenes de trabajo.
- Controle el presupuesto de recursos.
- Garantice acciones oportunas.
- Evalúe el progreso de la actividad.
- Verifique la efectividad de los controles aplicados.
- Otorgue reconocimiento cuando corresponda.
- Mida la calidad del informe de inspección.

N° REGISTRO:		<b>REGISTRO DE INSPECCIONES INTERNAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>		
<b>DATOS DEL EMPLEADOR:</b>				
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 ÁREA INSPECCIONADA	7 FECHA DE LA INSPECCIÓN	8 RESPONSABLE DEL ÁREA INSPECCIONADA	9 RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
10 HORA DE LA INSPECCIÓN	11 TIPO DE INSPECCIÓN (MARCAR CON X)			
	PLANEADA	NO PLANEADA	OTRO, DETALLAR	
12 <b>OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN INTERNA</b>				
13 <b>RESULTADO DE LA INSPECCIÓN</b>				
Indicar nombre completo del personal que participó en la inspección interna.				
14 <b>DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA ANTE RESULTADOS DESFAVORABLES DE LA INSPECCIÓN</b>				
15 <b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>				
<b>ADJUNTAR :</b> - Lista de verificación de ser el caso.				
16 <b>RESPONSABLE DEL REGISTRO</b>				
Nombre: Cargo: Fecha: Firma				

## **FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE INSPECCIONES INTERNAS 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. RUC**

Completar número de registro único del contribuyente.

#### **3. DOMICILIO**

Completar el domicilio donde se realizará el monitoreo.

#### **4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Describir en detalle la actividad económica.

#### **5. NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**

Completar número de trabajadores que trabajan en el centro laboral donde se realizó la inspección de seguridad y salud en el trabajo.

### **DATOS DE LA INSPECCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

#### **6. ÁREA INSPECCIONADA**

Completar el nombre del área o de las áreas que fueron inspeccionadas en materia de seguridad y salud en el trabajo.

#### **7. FECHA DE LA INSPECCIÓN**

Completar la fecha en que se realizó la inspección de seguridad y salud en el trabajo.

#### **8. RESPONSABLES DEL ÁREA INSPECCIONADA**

Completar nombres de los responsables del área o las áreas que han sido inspeccionadas en materia de seguridad y salud en el trabajo.

#### **9. RESPONSABLES DE LA INSPECCIÓN**

Completar los nombres de las personas que realizan la inspección.

#### **10. HORA DE LA INSPECCIÓN**

Completar la hora de realización de la inspección.

#### **11. TIPO DE INSPECCIÓN**

Completar tipo de inspección planeada, no planeada, otro.

#### **12. OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN**

Completar el objetivo de la inspección interna de seguridad y salud en el trabajo.

#### **13. RESULTADOS DE LA INSPECCIÓN**

Describir los resultados de la inspección interna de seguridad y salud en el trabajo.

#### **14. DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA ANTE RESULTADOS DESFAVORABLES DE LA INSPECCIÓN**

Describir las causas que originaron los resultados desfavorables en la inspección, esto es realizado con el responsable del área inspeccionada.

#### **15. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Describir las conclusiones y las recomendaciones, incluir las medidas que se tomaran para corregir los resultados desfavorables, adjuntar lista de verificación de ser el caso.

#### **16. RESPONSABLE DEL REGISTRO**

Completar datos del responsable del registro (nombre, cargo, fecha, firma).

## E. REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD

Se utilizan los indicadores de la gestión de la seguridad y salud en el trabajo; éstos ayudan a la organización a tomar decisiones en base a sus resultados obtenidos, que son comparados con los objetivos y metas establecidas al inicio. Los resultados del análisis permitirán al empleador utilizar esta información y las tendencias en forma proactiva y focalizada. Entre los indicadores, a título referencial, tenemos:

### a) Indicadores de resultados

- Número de accidentes de trabajo mortales por año.
- Número de accidentes de trabajo por año
- Número de enfermedades ocupacionales reportadas por año.
- Número de días, horas perdidas por causa de un accidente de trabajo.
- Número de no conformidades reportadas en las auditorías internas anuales.
- Número de incidentes peligrosos e incidentes reportados por área.
- Número de acciones correctivas propuestas versus acciones correctivas implementadas.
- Indicadores de seguimiento de los objetivos y metas, otros.

### b) Indicadores de capacidad y competencia

- Número de trabajadores que reportan incidentes para prevenir accidentes.
- Porcentaje de trabajadores comprometidos con la política de seguridad y salud en el trabajo, otros.

### c) Indicadores de actividades

- Número de horas de charlas internas de seguridad y salud en el trabajo.
- Número de inspecciones internas realizadas.
- Número de monitoreos realizados.
- Números de campañas internas de salud realizadas, otros.

Asimismo, la unidad orgánica de seguridad y salud en el trabajo del empleador registra y evalúa las estadísticas de los incidentes, accidentes y enfermedades ocupacionales ocurridas en el lugar de trabajo; y una de las funciones de los integrantes del Comité de seguridad y salud en el trabajo es reportar trimestralmente a la máxima autoridad del empleador los informes de los análisis de las estadísticas de los incidentes, accidentes y enfermedades ocupacionales ocurridas en el lugar de trabajo.

Los resultados del análisis permitirán al empleador utilizar esta información y las tendencias en forma proactiva y focalizada con el fin de reducir los índices de accidentabilidad.

### Índices referenciales

#### a) Accidentes de trabajo

- Índice de frecuencia: Relaciona el número de accidentes incapacitantes por un millón, entre el total de horas hombre trabajadas.
- Índice de gravedad: Relaciona el número total de días perdidos por un millón, entre el total de horas hombre trabajadas.
- Índice de accidentabilidad: Que resulta entre la multiplicación del Índice de frecuencia por el Índice de gravedad, entre mil.

#### b) Enfermedad ocupacional

- Tasa de incidencia: Relaciona el número de enfermedades ocupacionales presentadas por un millón, entre el total de trabajadores expuestos al agente que originó la enfermedad.

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	N° Trabaj. Con Cáncer Profesional				
ENERO																				
FEBRERO																				
MARZO																				
ABRIL																				
MAYO																				
JUNIO																				
JULIO																				
AGOSTO																				
SEPTIEMBRE																				
OCTUBRE																				
NOVIEMBRE																				
DICIEMBRE																				
													13 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE							

## FICHA TÉCNICA DEL FORMATO DE DATOS PARA INFORME ESTADÍSTICO

### DATOS DEL EMPLEADOR

**1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL**

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

**2. FECHA**

Completar fecha de entrega de los datos estadísticos a los integrantes del comité de seguridad y salud en el trabajo.

**3. N° ACCIDENTE MORTAL**

Completar número de accidentes mortales presentados por mes.

**4. ÁREA / SEDE**

Completar nombre del área o nombre de la sede donde ocurrió el accidente de trabajo mortal.

**5. N° ACCIDENTE DE TRABAJO LEVE**

Completar número de accidentes de trabajo leve presentados en el mes.

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.

**6. ÁREA/SEDE**

Completar nombre del área o nombre de la sede donde ocurrió el accidente de trabajo leve.

**7. SÓLO PARA ACCIDENTES INCAPACITANTES**

Completar lo siguiente:

- **N° ACCIDENTES DE TRABAJO INCAPACITANTES**

Completar número de accidentes de trabajo incapacitantes presentados por cada mes.

- **ÁREA/SEDE**

Completar nombre del área o nombre de la sede donde ocurrió el accidente de trabajo incapacitante.

- **TOTAL DE HORAS HOMBRES TRABAJADAS**

Completar la sumatoria de horas hombres trabajadas en el mes.

- **ÍNDICE DE FRECUENCIA**

Completar el resultado de relacionar el número de accidentes incapacitantes por un millón, entre el total de horas hombre trabajadas.

- **N° DÍAS PERDIDOS**

Completar total de días perdidos por descansos médicos por mes.

- **ÍNDICE DE GRAVEDAD**

Relaciona el número total de días perdidos por un millón, entre el total de horas hombre trabajadas.

- **ÍNDICE DE ACCIDENTABILIDAD**

Completar el resulta entre la multiplicación del índice de frecuencia por el índice de gravedad, entre mil.

## **8. ENFERMEDAD OCUPACIONAL**

### **- N° ENFERMEDAD OCUPACIONAL**

Completar total de enfermedades ocupacionales detectadas por mes.

### **- ÁREA/SEDE**

Completar nombre del área o nombre de la sede donde se detectó la enfermedad ocupacional.

### **- N° TRABAJADORES EXPUESTOS AL AGENTE**

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

### **- TASA DE INCIDENCIA**

Completar resultado producto de relacionar el número de enfermedades ocupacionales presentadas por un millón, entre el total de trabajadores expuestos al agente que originó la enfermedad.

### **- N° TRABAJADORES CON CÁNCER PROFESIONAL**

Completar número de trabajadores que tienen cáncer profesional, de ser el caso.

## **9. N° INCIDENTES PELIGROSOS**

Completar número de incidentes peligrosos presentados por mes.

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

## **10. ÁREA/SEDE**

Completar nombre del área o nombre de la sede donde se detectó el incidente peligroso.

## **11. N° INCIDENTES**

Completar número de incidentes presentados por mes.

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.

## **12. ÁREA/SEDE**

Completar nombre del área o nombre de la sede donde se detectó el incidente.

## **13. RESPONSABLE**

Nombre, cargo y firma del responsable que completó la información.

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									



## **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. RUC**

Completar registro único del contribuyente.

**3. DOMICILIO**

Completar dirección, distrito, departamento y provincia del centro laboral.

**4. ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Describir en detalle la actividad económica.

**5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**

Completar número de trabajadores presentes en el centro laboral.

**6. DESCRIBIR LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS**

Describir el resumen de los resultados estadísticos trimestrales y sus desviaciones de ser el caso (utilizar los resultados descritos en el Formato de datos para Registro de Estadística de Seguridad y Salud en el Trabajo y comparar con los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo).

**7. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON DESVIACIONES**

Describir las causas que originaron las desviaciones de los resultados estadísticos.

**8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Describir las conclusiones y recomendaciones de las medidas de corrección a implementar ante una desviación de los resultados estadísticos.

**9. RESPONSABLE DEL REGISTRO**

Nombre, cargo, fecha y firma del responsable que completó la información.

### **F. REGISTRO DE EQUIPOS DE SEGURIDAD O EMERGENCIA**

Este registro permite evidenciar la entrega de los equipos de seguridad o emergencia a los trabajadores. Antes de la adquisición de dichos equipos, se debe verificar que cumplan con los estándares de fabricación establecidos por normas técnicas, según sea el caso.

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	Nº TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL				
MARCAR (X)													
TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD O EMERGENCIA ENTREGADO													
6	EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL					7	EQUIPO DE EMERGENCIA						
8	NOMBRE(S) DEL(LOS) EQUIPO(S) DE SEGURIDAD O EMERGENCIA ENTREGADO												
LISTA DE DATOS DEL(LOS) Y TRABADOR(ES)													
N°	9	NOMBRES Y APELLIDOS		10	DNI	11	ÁREA	12	FECHA DE ENTREGA	13	FECHA DE RENOVACIÓN	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:													

## FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE EQUIPOS DE SEGURIDAD O EMERGENCIA

### DATOS DEL EMPLEADOR

**1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL**

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

**2. RUC**

Completar registro único del contribuyente.

**3. DOMICILIO**

Completar dirección distrito, departamento y provincia del centro laboral.

**4. ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Describir en detalle la actividad económica.

**5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**

Completar número de trabajadores presentes en el centro laboral.

### MARCAR (X) TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD O EMERGENCIA ENTREGADO

**6. EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL**

Marcar (X) en caso se entregó equipo de protección personal a los trabajadores.

**Equipos de Protección Personal (EPP):**

Son dispositivos, materiales e indumentaria personal destinados a cada trabajador para protegerlo de uno o varios riesgos presentes en el trabajo y que puedan amenazar su seguridad y salud. Los EPP son una alternativa temporal y complementaria a las medidas preventivas de carácter colectivo.

**7. EQUIPO DE EMERGENCIA**

Marcar (X) en caso se entregó equipo de emergencia.

**8. NOMBRE(S) DEL(LOS) EQUIPO(S) DE SEGURIDAD O EMERGENCIA ENTREGADO(S)**

Completar nombre de los equipos de seguridad o emergencia entregados.

### LISTA DE DATOS DE (LOS) TRABAJADOR(ES)

**9. NOMBRE Y APELLIDOS**

Completar nombre y apellidos del trabajador que reciben los equipos de seguridad o emergencia.

**10. DNI**

Completar número del documento nacional de identidad del trabajador.

**11. ÁREA**

Completar área donde labora el o los trabajadores.

**12. FECHA DE ENTREGA**

Completar la fecha de entrega del equipo de seguridad o emergencia.

**13. FECHA ESTIMADA DE RENOVACIÓN**

Completar fecha estimada de renovación del equipo de seguridad o emergencia.

**14. FIRMA DEL TRABAJADOR**

Registrar la firma del trabajador.

**15. RESPONSABLE DEL REGISTRO**

Completar nombre, cargo, firma del responsable del registro.

## **G. REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO Y SIMULACROS DE EMERGENCIA**

Registra las actividades de inducción, capacitación, entrenamiento y simulacros de emergencia. Permite al empleador tener un control de las actividades desarrolladas para mejorar capacidades en los trabajadores. Es la evidencia de la ejecución del Plan anual de capacitación de los trabajadores sobre seguridad y salud en el trabajo (Art. 42º, inc. f) del Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por el D.S. N° 005-2012-TR).

El empleador, en cumplimiento del deber de prevención y del artículo 27º de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantiza que los trabajadores sean capacitados en materia de prevención. La formación debe estar centrada:

- a) En el puesto de trabajo específico o en la función que cada trabajador desempeña, cualquiera que sea la naturaleza del vínculo, modalidad o duración de su contrato.
- b) En los cambios en las funciones que desempeñe, cuando éstos se produzcan.
- c) En los cambios en las tecnologías o en los equipos de trabajo, cuando éstos se produzcan.
- d) En las medidas que permitan la adaptación a la evolución de los riesgos y la prevención de nuevos riesgos.
- e) En la actualización periódica de los conocimientos.

Asimismo el empleador garantiza, oportuna y apropiadamente, capacitación y entrenamiento en seguridad y salud en el centro y puesto de trabajo o función específica, tal como se señala a continuación:

- 1. Al momento de la contratación, cualquiera sea la modalidad o duración.
- 2. Durante el desempeño de la labor.
- 3. Cuando se produzcan cambios en la función o puesto de trabajo o en la tecnología.

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

## **FICHA TÉCNICA DE REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO Y SIMULACROS DE EMERGENCIA**

### **DATOS DEL EMPLEADOR**

#### **1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL**

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

#### **2. RUC**

Completar registro único del contribuyente.

#### **3. DOMICILIO**

Completar dirección distrito, departamento y provincia del centro laboral.

#### **4. ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Describir en detalle la actividad económica.

#### **5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**

Completar número de trabajadores presentes en el centro laboral.

### **MARCAR (X)**

#### **6. INDUCCIÓN**

Marcar con (X) en caso corresponda.

#### **7. CAPACITACIÓN**

Marcar con (X) en caso corresponda.

#### **8. ENTRENAMIENTO**

Marcar con (X) en caso corresponda.

#### **9. SIMULACRO DE EMERGENCIA**

Marcar con (X) en caso corresponda.

#### **10. TEMA**

Completar el tema de la inducción, capacitación, entrenamiento o simulacro de emergencia según corresponda.

#### **11. FECHA**

Completar la fecha de ejecución de la inducción, capacitación, entrenamiento o simulacro de emergencia según corresponda.

#### **12. NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR**

Completar con el nombre del capacitador, entrenador y/o institución correspondiente.

#### **13. N° HORAS**

Completar número de horas de la inducción, capacitación, entrenamiento o simulacro de emergencia según corresponda.

#### **14. APELLIDOS Y NOMBRES**

Completar con los nombres y apellidos de los trabajadores que asisten a la inducción, capacitación, entrenamiento o simulacro de emergencia según corresponda.

#### **15. N° DNI**

Completar con el número de documento de identidad de los trabajadores que asisten a la inducción, capacitación, entrenamiento o simulacro de emergencia según corresponda.

#### **16. ÁREA**

Completar nombre del área donde pertenece el trabajador capacitado.

**17. FIRMA**

Registrar la firma de los trabajadores que asisten inducción, capacitación, entrenamiento o simulacro de emergencia según corresponda.

**18. OBSERVACIONES**

En caso exista observaciones, especificar.

**19. RESPONSABLES DEL REGISTRO**

Completar el nombre, cargo, firma del responsable del registro.

**H. REGISTRO DE AUDITORÍAS**

La auditoría es un procedimiento sistemático, independiente y documentado para evaluar un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

N° REGISTRO:		<b>REGISTRO DE AUDITORÍAS</b>			
<b>DATOS DEL EMPLEADOR:</b>					
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 NOMBRE(S) DEL(DE LOS) AUDITOR(ES)			7 N° REGISTRO		
Insertar tantos renglones como sean necesarios.					
8 FECHAS DE AUDITORÍA	9 PROCESOS AUDITADOS		10 NOMBRE DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS AUDITADOS		
Insertar tantos renglones como sean necesarios.					
11 NÚMERO DE NO CONFORMIDADES	12 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).				
<b>MODELO DE ENCABEZADOS PARA EL PLAN DE ACCIÓN PARA EL CIERRE DE NO CONFORMIDADES</b>					
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)
			DÍA	MES	AÑO
19 RESPONSABLE DEL REGISTRO					
Nombre: Cargo: Fecha: Firma					

## FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE AUDITORÍAS

### DATOS DEL EMPLEADOR

**1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL**

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

**2. RUC**

Completar registro único del contribuyente.

**3. DOMICILIO**

Completar dirección distrito, departamento y provincia del centro laboral.

**4. ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Describir en detalle la actividad económica.

**5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**

Completar número de trabajadores presentes en el centro laboral.

**6. NOMBRE(S) DEL(DE LOS) AUDITOR(ES)**

Completar con el nombre completo del (de los) responsable(s) de la auditoría.

**7. N° REGISTRO**

Completar el número de registro del auditor o auditores otorgado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

**8. FECHAS DE AUDITORÍA**

Completar las fechas de realización de la auditoría.

**9. PROCESOS AUDITADOS**

Completar los procesos internos auditados o las áreas auditadas.

**10. NOMBRE DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS AUDITADOS**

Completar con los nombres de los responsables de los procesos auditados o responsables de las áreas auditadas.

**11. NÚMERO DE NO CONFORMIDADES**

Completar el número de No conformidades, halladas en 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).

### **19. RESPONSABLE DEL REGISTRO**

Nombre, cargo, fecha y firma del responsable del registro.