ANEXO 2

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

LOS REGISTROS SIMPLIFICADOS PARA LA MICRO EMPRESA SON:

1. Registro de accidentes de trabajo, enfermedades ocupacionales, incidentes peligrosos y otros incidentes.
2. Registro de exámenes médicos ocupacionales.
3. Registro de inspecciones internas de seguridad y salud en el trabajo.

DESARROLLO:

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

Nº REGISTRO:	REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES			
DATOS DEL EMPLEADOR:				
1 RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2 RUC	3 DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4 TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	5 Nº TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:				
DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:				
6 RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	7 RUC	8 DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	9 TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	10 Nº TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

DATOS DEL TRABAJADOR (A):								
11 APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR:							12 Nº DNI/CE	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 Nº HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del suceso)	

ACCIDENTE DE TRABAJO / INCIDENTE PELIGROSO / INCIDENTE								
22 MARCAR CON (X) SI ES ACCIDENTE DE TRABAJO / INCIDENTE PELIGROSO / INCIDENTE								
ACCIDENTE DE TRABAJO			INCIDENTE PELIGROSO			INCIDENTE		

INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE							
23 FECHA Y HORA DE OCURRENCIA				24 FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN			25 LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	

MARCAR CON (X) SÓLO EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO												28 Nº DÍAS DE DESCANSO MÉDICO (De ser el caso)	29 Nº TRABAJADORES AFECTADOS O POTENCIALMENTE AFECTADOS (De ser el caso)
26 GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO						27 GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO)							
ACCIDENTE LEVE		ACCIDENTE INCAPACITANTE		ACCIDENTE MORTAL		TOTAL TEMPORAL		PARCIAL TEMPORAL		TOTAL PERMANENTE		PARCIAL PERMANENTE	

30 DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADA (De ser el caso):

31 DESCRIBA CÓMO SUCEDIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

32 ¿POR QUÉ SUCEDIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE?

33 ¿Qué medidas correctivas se implementarán para eliminar la causa que originó el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente?	34 INDICAR RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN	35 FECHA DE EJECUCIÓN		
		DÍA	MES	AÑO
1.-				
2.-				

Insertar tantos renglones como sean necesarios.

ENFERMEDAD OCUPACIONAL

36 TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL Nº 1)	37 NÚMERO DE TRABAJADORES QUE ADQUIRIERON ENFERMEDAD OCUPACIONAL		38 NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	39 ÁREAS DONDE SE ADQUIRIÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	40 CAUSAS QUE ORIGINARON LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	41 MEDIDAS CORRECTIVAS A IMPLEMENTAR	42 RESPONSABLE	43 FECHA DE EJECUCIÓN
	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE						

Insertar tantos renglones como sean necesarios.

44 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	Rocío	Q4	Hongos	B4	Trabajos repetitivos	D4	Falta de comunicación y entrenamiento	P4
Presión alta o baja	F5	Polvo	Q5	Parásitos	B5	Otros, indicar	D5	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								

45 RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre:	Cargo:	Fecha:	Firma:
Nombre:	Cargo:	Fecha:	Firma:

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

DATOS DEL EMPLEADOR

1. **RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL**
   Completar la razón social o denominación social según corresponda del empleador principal.

2. **RUC**
   Completar número de registro único del contribuyente.

3. **DOMICILIO**
   Indicar el domicilio donde ocurrió el accidente de trabajo.

4. **TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA**
   Describir en detalle la actividad económica.

5. **NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**
   Indicar número de trabajadores totales presentes en el centro laboral, incluyendo trabajadores de intermediación o tercerización.

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

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

6. **RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL**
   Completar la razón social o denominación social según corresponda del empleador de intermediación o tercerización.

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

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

9. **TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA**
   Completar tipo de actividad económica del empleador de intermediación o tercerización.

10. **NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**
    Indicar número de trabajadores destacados para trabajar con el empleador principal.

DATOS DEL TRABAJADOR

11. **APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR**
    Completar los apellidos y nombres del trabajador afectado.

12. **Nº DNI / CE**
    Completar número de documento de identidad o carnet de extranjería de ser el caso.

13. **EDAD**
    Completar edad.

14. **ÁREA**
    Completar el nombre del área en la cual pertenece el trabajador.

15. **PUESTO DE TRABAJO**
    Describir el nombre del puesto de trabajo.

16. **ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO**
Indicar tiempo de permanencia en el empleo.

17. **SEXO F/M**
Completar sexo femenino o masculino.

18. **TURNO D/T/N**
Completar turno día (D), tarde (T), noche (N).

19. **TIPO DE CONTRATO**
Completar tipo de contrato.

20. **TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO**
Completar tiempo de permanencia en el puesto de trabajo actual.

21. **Nº HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (ANTES DEL SUCESO)**
Completar número de horas trabajadas en la jornada laboral antes de que ocurra el accidente, incidente peligroso o incidente.

ACCIDENTE DE TRABAJO / INCIDENTE PELIGROSO / INCIDENTE

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

Dependiendo de los hechos marcar según corresponda si es accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente. (Ref. Glosario de términos del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por Decreto Supremo Nº 005-2012-TR).

Accidente de Trabajo (AT): todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, y aun fuera del lugar y horas de trabajo.

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

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

INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO/INCIDENTE PELIGROSO/INCIDENTE

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

24. **FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN**
Completar fecha de inicio de la investigación.

25. **LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE**
Indicar el área o ubicación del lugar exacto donde ocurrió el accidente de trabajo.

MARCAR CON (X) SÓLO EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

26. **GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO**
Marcar tipo de gravedad del accidente de trabajo (Ref. Glosario de términos del D.S. Nº 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:

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

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

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

27. **GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE**
Marcar grado de incapacidad del accidente de trabajo.

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

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

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

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

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

28. **Nº DÍAS DE DESCANSO MÉDICO (De ser el caso)**
Completar número de días de descanso médico otorgado por el centro de salud.

29. **Nº TRABAJADORES AFECTADOS O POTENCIALMENTE AFECTADOS (De ser el caso)**
Completar el número de trabajadores accidentados con el mismo suceso o de ser incidente peligroso indicar población potencialmente afectada.

30. **DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADA (De ser el caso)**
Describir parte del cuerpo lesionada producto del accidente de trabajo.

31. **DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO Ó INCIDENTE**
Describa sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada, debe estar firmada por el responsable de la investigación.

32. **DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE**
Describir porqué sucedió el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente.

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

34. **RESPONSABLE**
Indicar responsable de la implementación de la medida correctiva.

35. **FECHA DE EJECUCIÓN**
Completar la fecha de ejecución de la medida correctiva.

ENFERMEDAD OCUPACIONAL

36. TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL 1)
Completar tipo de agente que originó la enfermedad ocupacional, según lo indicado en la Tabla Referencial 1.

37. NÚMERO DE TRABAJADORES QUE ADQUIRIERON ENFERMEDAD OCUPACIONAL
Completar por cada semestre según tipo de agente el número de trabajadores que adquirieron alguna enfermedad ocupacional.

38. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL
Completar el nombre de la enfermedad ocupacional.

39. ÁREAS DONDE SE ADQUIRIÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL
Completar el nombre del área donde se adquirió la enfermedad ocupacional.

40. CAUSAS QUE ORIGINARON LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL
Completar la(s) causa(s) que dio (dieron) origen a la enfermedad ocupacional.

41. MEDIDAS CORRECTIVAS A IMPLEMENTAR
Completar con las medidas correctivas a implementar.

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

43. FECHA DE EJECUCIÓN
Completar la fecha de ejecución de la medida correctiva.

44. TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES
Se muestra relación de tipos de agentes, con sus códigos respectivos para completar el Ítem N° 36.

45. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN
Completar los datos de los responsables del registro y de la investigación.

2. REGISTRO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Los empleadores tienen la obligación de practicar exámenes médicos a sus trabajadores (artículo 2° del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR) y deben realizarse en tres momentos determinados: antes del ingreso del trabajador (exámenes pre-ocupacionales), durante el transcurso de la relación laboral (exámenes ocupacionales) y a la finalización de ésta (exámenes post-ocupacionales).

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

3. REGISTRO DE INSPECCIONES INTERNAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La micro empresa utiliza la siguiente "Lista de Verificación de Condiciones de Seguridad" para realizar sus inspecciones internas de manera general, siendo voluntario desarrollar otras listas de verificación específicas.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL:
ÁREA INSPECCIONADA:
FECHA:
RESPONSABLES:

	VERIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIÓN EN CASO NO APLIQUE	¿QUÉ ACCIONES CORRECTIVAS SE IMPLEMENTARÁN EN CASO NO CUMPLEN?
		SÍ	NO		
SEÑALIZACIÓN					
1	¿Se ha señalizado la obligatoriedad de uso de equipos de protección personal en las áreas que requieren de ésta?				
2	¿Se ha señalizado la ubicación de equipos contra incendio y botiquín de primeros auxilios?				
3	¿Se ha señalizado las zonas seguras y vías de escape y circulación?				
ORDEN Y LIMPIEZA					
4	¿Las herramientas están en buenas condiciones para el trabajo y tienen lugar para ubicarlas?				
5	¿Los pasillos están seguros y libres de obstrucciones?				
6	¿Los pisos están limpios, secos y sin desperdicios o materiales innecesarios?				
7	¿Existen recipientes para la basura y están ubicados en zonas con ventilación?				
8	¿Las paredes y ventanas están limpias para las operaciones del lugar y sin colgantes innecesarios?				
9	¿Las escaleras están limpias y libres, iluminadas, con pasamanos?				
INSTALACIONES ELÉCTRICAS					
10	¿Los cables se encuentran entubadas o con canaletas?				
11	¿Los empalmes son adecuados?				
12	¿Los tomacorrientes están en buenas condiciones?				
13	¿Se encuentran con línea de puesta a tierra (pozo a tierra)?				
14	¿Se cuenta con llaves termo magnéticas?				
PREVENCIÓN DE INCENDIOS					
15	¿Se cuenta con equipos contra incendios (extintores) y en número suficiente?				
16	¿Los equipos contra incendios están operativos?				
17	¿Los trabajadores están capacitados para el uso de los equipos contra incendios?				
18	¿Los materiales están ordenados y clasificados para evitar un incendio?				

	VERIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIÓN EN CASO NO APLIQUE	¿QUÉ ACCIONES CORRECTIVAS SE IMPLEMENTARÁN EN CASO NO CUMPLEN?
		SÍ	NO		
SUSTANCIAS QUÍIMICAS					
19	¿Los envases están almacenados en lugares ventilados?				
20	¿Los productos de limpieza se usan en lugares ventilados?				
21	¿Los envases de las sustancias químicas en general cuentan con etiquetas o están identificadas?				
EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					
22	¿Los trabajadores usan equipos de protección personal?				
23	¿Los equipos de protección personal están en buenas condiciones?				
24	¿Se usan correctamente los equipos de protección personal?				
HIGIENE INDUSTRIAL					
25	¿La ventilación natural es adecuada para las tareas que realizan?				
26	¿En caso de tener ventilación artificial, ésta es adecuada para las actividades que se realiza?				
27	¿La iluminación natural es adecuada en los lugares de trabajo?				
28	¿En caso de tener iluminación artificial, es adecuada en los lugares de trabajo?				
29	¿Las luminarias se encuentran en buen estado de conservación?				
PROTECCIÓN DE MAQUINARIAS Y EQUIPO					
30	¿Éstan limpios y libres de materiales innecesarios o colgantes?				
31	¿Las máquinas tienen resguardos correspondientes?				
CAPACITACIÓN					
32	¿Se capacita al personal en la tarea que va a realizar?				
33	¿Se realizan capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo?				
34	¿Se tiene una lista de asistencia de los trabajadores que participaron en la capacitación?				
35	¿Se ha planificado las capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo para todo el año?				