ANEXO 3

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

LOS REGISTROS SIMPLIFICADOS PARA LA PEQUEÑA EMPRESA SON:

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

DESARROLLO:

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

Nº REGISTRO:					REC	SISTRO D				ABAJO, ENFI		DADES OCUPA	ACIONALES,	**************************************
DATOS DEL	WPLE.	NDOR:	ЧV.									REPORTED AND A		
i Razó Denomin	N SOC IACIÓN		2	RUC		3 DOMICII	LIO (Direcci	ión, distrito, dep	artar	nento, provincia)		TIPO DE ACTIVIDA ECONÓMICA	- Marik	IABAJADORES ENTRO LABORAL
Completar só	lo sí co	ntrata se rv	icios de	interm	ediació	n o terceriza	ción:							
DATOS DEL E	MPLE	ADOR DEIN	TERME	DIACIÓN	I, TERC	ERIZACIÓN, (CONTRATIS	TA, SUBCONTR	ATIS	IA, OTROS:				
6 RAZÓ DEWOMIN	N SOCIA		,	RUC		8 (6	Dirección, d	DOM ICILIO is trito, de partam	ento	, provincia)	9	TIPO DE ACTIVIDA ECONÓMICA		RABAJADORES BYTRO LABORAL
DA TOS DEL TI	WBAJ/	DOR (A):								Mga sa Majara				
11			A	PELLIC	OS Y N	OMBRES DE	. TRABAJA	DOR:				12 Nº DNI/CE	13	EDAD
14 ÁREA	ł	UESTO DE RABAJO		antigí El en pi		17 SEXO F/M	18 TURNO D/T/N	19 TIPO DE CONTR	а то	20 TIEM PO EXPERIENCIA EN I DE TRABA	a. Puest		N° HORAS TRABAJ LA JORNADA LAE (Antes del suces	ORAL
ACCIDENTE DE	TRAB/	uo uo	22			RCAR CON (X		DENTE DE TRABA		ELIGROSO / INCIDE		IDENTE INCIDENT	E	
					INVE	TIGACIÓN DI	EL ACCIDEN	ITE DE TRABAJI	O, INC	DENTE PELIGRO	SOOIN	COENTE		***************************************
23		HAYHORA CURRENCIA	CHAIR MARIE DAMP AND THE LINE IS											
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO			·	***************************************	W			
			d	MARG	AR CO	N (X) SÓLO I	EN CASO DE	ACCIDENTE DE	TRA	BAJO	***********	w.m	7 28	29
26 Gra	V EDAD	DEL ACCIDE	NTEDE	TRABA.	ю	27				DEL ACCIDENTE ITE (DE SER EL CA:	SO)		M° DIAS DE DESCANSO MÉDICO (De serei caso)	M* TRABAJA- DORES A FECTADOS O POTENCIAL- MENTE A FECTADOS
ACCIDENTE LEVE	i	ACCIDENTE VCAPACITAI	- 1		DENTE	TOT TEMP		PARCIAL TEMPORAL		TOTAL PERMANENTE		PARCIAL PERMANENTE		The state of the s
	30	DESCRIBIR	PARTE	DEL C	JERPO	LESIONADA	(De ser el c	aso):					***************************************	



			31 DESCRIPC	ión del	. ACCIDENTE DE	TRAB.	AJC), INCIDENT	TE PELIGROSO O	INCIDENT	E				
	32 DE	SCR	IIPCIÓN DE LAS CAUS	AS QUI	E ORIGINARON E	LACC	IDE	NTE DE TRA	ABAJO, INCIDEN'	TE PELIGF	ROSO O INCIDENT	Œ	***************************************	native and all and an artists.	
4.30												***************************************	******		-
				~~~~	33 MEDI	DAS C	ORF	RECTIVAS	tankaj di Orbesto di Statulo de Lagra senja arte lango	<del> </del>		HA PALIFICON ADARDADADA			
·Oud medidae sawaa	******							ldamia da i	bash ala lualdans	T _s ,	DICAD DE ODOMA		j	ECHA D	
¿Qué medidas correc	uyas 31	៖ អអន្	pieriteitaran para ett peligros		-	jno ei	acc	idetre de i	rapajo, incidenti	;   an	DICAR RESPONS LA IMPLEMENT		DÍA	MES	T
1	A Marie and Mari	ter navan		and the state of t		Morewan			Photographic Control of the Control					<b>-</b>	$\vdash$
2-			***************************************						***************************************						T
3															
Insertar tantos rengiones ci				arean heart process	Photopic	ICO A P.		IDAMANA.	***************************************		montes en	ultatedrocetado			<u></u>
34	ł				ENFERN	BDAD 37	oci	UPACIONA	<u> </u>		<u> </u>	40		T	
TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA	A	rab Quii Enfi	NÚMERO DE AJADORES QUE RIERON LA(LAS) ERMEDAD(ES) PACIONAL(ES)	NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL			ese Fer	AS DONDE SE SSENTÓ LA LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL			RON MEDIDAS			MSABLE FECH	
REFERENCIAL 1)	PRI	AER Stri				OC	CUPACIONAL			Managan da Salayan da Managan da M			an de la constanta de la const		Care Hoogs
								<del></del>					***************************************	<u> </u>	NAME OF THE PERSON NAME OF THE P
		****		TOTAL STREET,		<del> </del>		<del></del>					con empire.	$\vdash$	Personal Grant
insertar tantos rengiones o	omo se	an n	ecesarios.												
	eca eméronya	-	42	// Decidence	TABLA REFER	Marketownza	. 1: 1				pummumm	*******		erancepana	en contract
FÍSICO Ruido	T.		QUÍMICO	1	BIOLÓGI		Ī.,	Machulacid	DISERGONÓMICO In inadecuada de	D1		PSICOSOCI	ALES		
Vibração		F1 Gases F2 Vapores			Virus Baclos		81	carga.	`		Hostigamiento psicológico  Estrés laboral				P1 
Kuninación		+	eblinas		Bacterias		-	Diseño de puesto madecuado Posturas inadecuadas		D2 D3	Estrés laboral Turno rotativo		-		R
Ventilación		4 R		+	Hongos		-	Posturas inadecuadas  Trabajos repetitivos		D4	Turno rotativo  Faka de comunicación y entren		namiento		P4
Presión alta o baja	1	5 P	oko	Q5	Parásitos			Otros, indic	·					$\dashv$	PŞ.
Temperatura (Calor o frio)	1	6 1	fumos	Q6	insedes	<del>cunturcus</del> oro	86		THE PROPERTY OF THE PROPERTY O		Otros, indicar	o in amor menos esta mile	SHEWER, GODIN		F6
Humedad	1	7 L	quides	07	Roedores	CHICAGO (NO.	В7	- CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR	TO THE STATE OF TH	and definition of the second		and the state of t			Minima
Radiacón en general	ı	8 0	iros, indicar	QB	Otros, indicar		В8			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	********		******
Otros, ndicar	9	9													
Nombre:			NATION AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN	RESP	ONSABLES DEL	REGIS	-	OYDELAI rgo:	NVESTIGACIÓN	Fecha:		Firma:	www.whott	energy and the second	niowene.
Nombre:							L	roo:		Fecha:		Firma:	·		



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

# **DATOS DEL EMPLEADOR**

### 1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL

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

#### 2. RUC

Completar número de registro único del contribuyente.

#### 3. DOMICILIO

Indicar el domicilio donde ocurrió el accidente de trabajo.

## 4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA

Describir en detalle la actividad económica

## 5. NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

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

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

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

## 6. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL

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

# 7. RUC

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

#### 8. DOMICILIO

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

#### 9. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA

Describir en detalle la actividad económica.

# 10. NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

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

#### DATOS DEL TRABAJADOR

# 11. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR

Completar los apellidos y nombres del trabajador afectado.

#### 12. Nº DNI / CE

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

## 13. EDAD

Completar edad.



### 14. ÁREA

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

#### 15. PUESTO DE TRABAJO

Describir el nombre del puesto de trabajo.

#### 16. ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO

Indicar tiempo de permanencia en el empleo.

### 17. SEXO F/M

Completar sexo femenino o masculino.

#### 18. TURNO D/T/N

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

#### 19. TIPO DE CONTRATO

Completar tipo de contrato.

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

Completar tiempo de trabajo en el puesto de trabajo actual.

## 21. Nº HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL

Completar número de horas trabajadas en la jornada laboral antes de que ocurra el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente.

## ACCIDENTE DE TRABAJO / INCIDENTE PELIGROSO / INCIDENTE

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

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

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



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

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

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

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

## INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

#### 23. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA

Completar fecha y hora en la que ocurrió el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente.

## 24. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN

Completar fecha de inicio de la investigación.

## 25. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO

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

# 26. GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

Marcar tipo de gravedad del accidente de trabajo (Ref. Glosario de términos del D.S. Nº 005-2012-TR, Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo).

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

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

- a) Accidente Leve: Suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, que genera en el accidentado un descanso breve con retorno máximo al día siguiente a sus labores habituales.
- b) Accidente Incapacitante: suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, da lugar a descanso, ausencia justificada al trabajo y tratamiento. Para fines estadísticos, no se tomará en cuenta el día de ocurrido el accidente.
- c) Accidente Mortal: Suceso cuyas lesiones producen la muerte del trabajador. Para efectos estadísticos debe considerarse la fecha del deceso.

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

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

- a) Total Temporal: cuando la lesión genera en el accidentado la imposibilidad total de utilizar su organismo; se otorgará tratamiento médico hasta su plena recuperación.
- b) Parcial Temporal: cuando la lesión genera en el accidentado la imposibilidad parcial de utilizar su organismo; se otorgará tratamiento médico hasta su plena recuperación.
- c) Total Permanente: cuando la lesión genera la pérdida anatómica o funcional total de un miembro u órgano; o de las funciones del mismo. Se considera a partir de la pérdida del dedo meñique.
- d) Parcial Permanente: cuando la lesión genera la pérdida parcial de un miembro u órgano o de las funciones del mismo.

#### 28. 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

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

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

Describir parte del cuerpo lesionada producto del accidente de trabajo.



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

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

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

## 33. MEDIDAS CORRECTIVAS

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

## **ENFERMEDAD OCUPACIONAL**

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

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

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

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

#### 36. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Completar el nombre de la enfermedad ocupacional.

## 37. ÁREAS DONDE SE PRESENTÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

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

## 38. CAUSAS QUE ORIGINARON LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Completar la causa que dio origen a la enfermedad ocupacional.

## 39. MEDIDAS CORRECTIVAS A IMPLEMENTAR

Completar con las medidas correctivas a implementar.

#### 40. RESPONSABLE

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

## 41. FECHA DE EJECUCIÓN

Completar la fecha de ejecución de la medida correctiva.

#### 42. TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES

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

#### 43. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN

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

## 2. REGISTRO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

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



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

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

## 3. REGISTRO DE SEGUIMIENTO

Este registro debe ser completado por cada área.

Nº REGISTRO:						REGISTRO DE SEG	UIMIENT	0		
DATOS DEL EM	PLEADOR:	***************************************					************			***************************************
	razón soci Ominación		2 N° RUC		3 (Dire	DOMICILIO cción, distrito, departamento, provi	ncia)	4 TIPO DE ACTIVIDA ECONÓMICA	D ⁵ N° TR <i>i</i> En el centr	ABAJADORES O LABORAL
~~~	······································									
INFORMACIÓN A	SER COMP	LETADO POR CA	da Ārea							
6 NOMBRE DE	L ÁREA				7 Nº TR	ABAJADORES EN EL ÁREA				
						MONTOREO DE AGENTES				***************************************
NOMBRE DEL PUESTO DE TRABAJO	INDICAI TIPO DE AG A SER MONITORE (Ver Table	ENTE FECHA MONITOR	- IDECEAUCHA	EN	L AGENTE GENERÓ FERMEDAD UPACIONAL (SÍ/NO)	13 ¿QUÉ MEDIDAS CORRECTIVAS SI DISMINUR O CONTROLAR LA F SOBREPASARON E	RESENCIA DE	LOS AGENTES QUE	18 RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN
						-				
		no sean necessi	ios. de agentes, de se			* The second sec			<u> </u>	



								OUP	OS DE SEGUR	ĐΑ	DOEME	RGENCIA	1				Anima et Parimenta et		
PARTE DEL I PROTE		17 DE	TALLE DE	EL EQUI	PO	18 FECH	a de entri	EGA	FECHADE	REV	asión	REHOV	echa ación L ca :	DE SER	21 CAPACITACIÓN EN EL USO CORRECTO / IMPORTANCIA (SI/NO)	(Adjur	ntar al re e comple leron cap	gistro infor to de los tr	PACITADOS mación con el abaja dores qu y el equipo de genciaj
CABEZA			STATE WILLIAM		***********						onite accons ees			-			anneces e transcruto A	Oligi (Albanya Oligi	of Committee for Springer Randowski, propriesses
0.008	irionalmical romanium	 	TOTAL CONTRACTOR OF THE PARTY O	-			THE CONTRACTOR OF THE CONTRACT	a Constitution (c			Annibitorit Acros		-	dyna parady fanydd dyn ddin y fan y f			ariotetetasvatsekse	okas mekse human unun negera a	CTTOTE HOSPOTE CONTRACTOR
oĭpo s	**************************************	†		wiithinkeleidens	olovou komenn						-Aнсолинесь		0,000,000,000				отвория (1474-101)	***************************************	
VÎAS RESPIRA	TORIAS	<u> </u>	THE POPULATION	***************************************				**********		-	~~~~	ей-жаркуючая	monanto (N.G.VIIARAUMON		-	Terminate sente	and the second second	rmströsside kostiliteteerii aas
MANOS	aponom a variación		deinimmenessemoo	***************************************		ļ		mm					recentes			ļ			***************************************
PIES			***********		************		onin management and a security	***********					***************************************					***************************************	
OTROS (DETAL	LAR)	<u> </u>	***************************************	ADELLANIA NO TAN	· De arrigeon			in Administration &			Otship to reser		economico e	NOTE OF THE PARTY OF		d managers of		maken street en open a	
NAPARANTANIANI NA PANJANINANI NA PANJANI		بسيسي	OPPRIOR FRANCE		1700 7-100	L	iira tampa maran	HADELLOS	<u> </u>		ALPO CONTRACTOR	L	monthipt in the	wasajarranana]	postant make		######################################
	en e	į.	ODETO D	E ENCA	BEZAL	O PARA	REGISTRO	DE CA	VPACITACIÓN,	ND	NCCIÓN	, ENTREI	AME	nto y s	IMULACROS DE E	iærgen	QA		***************************************
	**************		-		*****			2	3 MARCAR	co	N (X)	+ 12.54.1.T-12.T-12.14.14							
INO	UCCIÓN			CA	PACI	TACIÓN			ENTRENAME	ENT	0	***********	Γ	T	SIMULACRO	DE EMER	IGENCIA		
²⁴ HOMBRI	DEL TENV		<u> </u>	***************************************		25	FECHA		25	N Ho	ira s		27	CAP	NOMBRE DEL ACITADOR O ENT		ŧ		
							28	- (DATOS DE LO	S AS	SISTENT	ES	-t					-	***************************************
	APELLIDO	S Y NON	BRE\$			W	DNI		CARGO			FIRI	ia			088	ERVACIO)NE S	
		*****	·					-	9-4-4		<u> </u>								
		·	·····			<u> </u>		├			 								
	THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON ADDRE		***************************************					-	***************************************		 		•••••	***************************************		************			
insertar Landos re	nglones con	10 Sean I	ecesano:	 5.		I		<u> </u>		لــــــ	I				l	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~		
		***************************************					9 TAI	BLA 1:	TIPOS DE AG	ENT	res Rei	erenciale	병						
Fisic	0		QUÍM	co		ВІ	OLÓGICO		DISERGONÔ			_			PSICO SOCIALES				
Ruido	FI	Gases			Q1	Virus		ļ	Manipulación				D1	Hosiga	igamiento psicológico P1			······	
Vibración	F2	Vapores	3		02	Baoles		B2	Diseño de pue	S!O	nadequa	ıdo	02	E strès	E strès laboral		P)	2	
Ruminación	F3	Netilna	\$		Q3	Baderias		B3	Posturas inad	ecua	edes		03	Tuma s	Fumo rotativo		P:	3	
Ventilación	F4	Rocio		l	04	Hengos		84	Trabajos repel	itivo	\$		D4		ata de comunicación y entrenamiento.		p,	:	
Presión alta o baja Temperatura	F5	Poto			Q5	Parásitos		B5	Otros, indicar				05	Autorita	rismo		P	5	
Temperatura (Calor o fio)	F6	Humos			Q6	insectos		88						Otros. i	náca		Pf		
Humedad	F.7	Liquidos			Q7	Roedores		87											
Radiación en general	F8	Otros, i	ndicar		Q8	Otros. ind	Car	88											
Otros, indicar	FĢ																		
						30			RESPONSABLE	DEL.	REGISTR	10							
Nombre:					******				Cargo:			-	**********	Fech	3.	Frma			



FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE SEGUIMIENTO

DATOS DEL EMPLEADOR

1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL

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

2. N° RUC

Completar número de registro único del contribuyente.

3. DOMICILIO

Indicar el domicilio, distrito, departamento, provincia.

4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA

Describir en detalle la actividad económica.

5. NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

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

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR CADA ÁREA

6. NOMBRE DEL ÁREA

Indicar nombre del área.

7. N° TRABAJADORES EN EL ÁREA

Indicar número de trabajadores en el área.

MONITOREO DE AGENTES

8. NOMBRE DEL PUESTO DE TRABAJO

Indicar nombre de los puestos de trabajo existentes en el área a ser monitoreada.

9. INDICAR TIPO DE AGENTE A SER MONITOREADO (Ver Tabla 1)

Indicar tipo de agente a ser monitoreado en base a lo detallado en la Tabla 1.

10. FECHA DE MONITOREO

Indicar fecha de monitoreo.

11. RESULTADO DESFAVORABLE (SÍ/NO)

Indicar resultado del monitoreo.

Adjuntar informe de resultado de monitoreo de agentes, de ser el caso.

12. EL AGENTE CAUSÓ ENFERMEDAD OCUPACIONAL (SÍ/NO)

Indicar si el agente monitoreado causó enfermedad ocupacional o no.

13. MEDIDAS CORRECTIVAS A IMPLEMENTARSE

Indicar que medidas correctivas se implementarán para eliminar, disminuir o controlar la presencia de los agentes que sobrepasaron el límite permitido.

14. RESPONSABLE DE LA IMPLENTACIÓN

Indicar nombre del responsable de la implementación de la medida correctiva.

15. FECHA DE EJECUCIÓN

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



EQUIPOS DE SEGURIDAD O EMERGENCIA

16. PARTE DEL CUERPO A PROTEGER

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

17. DETALLE DEL EQUIPO

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

18. FECHA DE ENTREGA

Completar fecha de entrega del equipo de protección al trabajador.

19. FECHA DE REVISIÓN

Completar la fecha de revisión del equipo de protección entregado.

20. FECHA DE RENOVACIÓN

Completar fecha de renovación de ser el caso.

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

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

22. N° TRABAJADORES CAPACITADOS

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

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

Adjuntar información completa según el modelo de encabezado.

23. MARCAR (X)

Marcar el tipo de capacitación:

- Inducción
- Capacitación
- Entrenamiento
- Simulacro de Emergencia

24. NOMBRE DEL TEMA

Indicar nombre del tema, de acuerdo al ítem anterior.

25 FECHA

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

26. Nº HORAS

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

27. NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR

Indicar el nombre del capacitador o entrenador.

28. DATOS DE LOS ASISTENTES

Indicar datos de los asistentes como:

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



29. TABLA 1: TIPOS DE AGENTES

Tabla referencial para completar el ítem Nº 9.

30. RESPONSABLE DEL REGISTRO

Completar los datos de los responsables del registro.

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

N° REGISTRO:		REGIST	TRO DE E	EVALUA	CIÓN DEL SISTEI	WA DE G	ESTIÓN DE S	SEGURI	DAD Y SA	LUD EN EL TRABAJO
DATOS DEL EMPLEAI	DOR:		An arrange who are seen			******				
1 RAZÓN S DENOMINACIÓN		2 1	RUC	3	DOMICE.IO (Dirección, distrito, departamento, provincia		ACTIVI	DAD ECON	5 Nº TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL	
			***************************************	INI	ORMACIÓN A SER COMP	LETADA EN	CASO DE AUDITO	RÍA	······································	
	re del au Buditores		7	N° R	EGISTRO DEL AUDITOR O AUDITORES		FECHA DE AUDITORÍA	1	resos i	10 Nombre de los responsables de los Procesos auditados
									Anna and An	
11 NÚMERO I NO CONFORM					12	2 INFO	imación a adjur	ITAR		
·		b) Plan d	e acción para dad, propuesto ados).	cierre de no a de las me	conformidades (posterior a	la auditoria). no conformida	Este plan de acción id, responsable, fec	n cortiene la ha de ejecu	a descripción da ción, estado de	a respectiva firma del auditor o auditores. las causas que originaron cada no la acción correctiva (Ver modelo de
	JÓN DE LA FORMIDAD			DE LA NO RMIDAD	15 DESCRIPCIÓN MEDIDAS CORREC	DE	6 Nombre del Responsable	17 FECHA EJECUCI	ÓN ESTA	tar en la fecha de ejecución propuesta, el DO de la implementación de la medida tiva (realizada, pendiente, en ejecución)
Inserter tantos renglo	nes como s	ean necesai	rios.			enna an en éconocio	***************************************	***************************************		
THE RESIDENCE OF THE PERSON OF		-końskowach szac		7	ACIÓN A SER COMPLETA	7	DE INSPECCION I	Ţ		T2*
19 ÁREA Inspeccionad	A 20	FECHAY De la insi		1	SPONSABLE DEL ÁREA NSPECCIONADA		PONSABLE Inspección		BJETIVO I inspección	TIPO DE INSPECCIÓN: PLANEADA, NO PLANEADA, OTRO (PETALLAR)
25 RES	ULTADO DE	LA INSPEC	CIÓN		24	IPCIÓN DE L TADOS DES	A CAUSA Favorables		27	MEDIDAS CORRECTIVAS
		Annah Marian Vanda								
Însertar tantos renglo	nes como s	ean necesai	ios.		NACE ANY ASSESSMENT OF THE PROPERTY OF THE SECOND PROPERTY OF THE SE		Pinki Pitti Pamon dounc			NEW YORK OF THE PARTY OF THE PA
				M Hestoniya ayan	28 RESPONSABI	le del regi	STRO		···········	
Nombre:	etraoritim jii karasi	***************************************	017420-4		Cargo:		echa:	Firme:	TOTAL PRODUCTION OF THE PROPERTY OF THE PROPER	MM antiennet severe framer ann ann an earl ann ann an ann an ann an ann an ann an



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

DATOS DEL EMPLEADOR

1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL

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

2. N° RUC

Completar número de registro único del contribuyente.

3. DOMICILIO

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

4. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Describir en detalle la actividad económica.

5. NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

Completar número de trabajadores presentes en el centro laboral.

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA EN CASO DE AUDITORÍA

6. NOMBRE DEL AUDITOR O AUDITORES

Indicar nombre del auditor o auditores.

7. N° REGISTRO DEL AUDITOR O AUDITORES

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

FECHA DE AUDITORÍA

Indicar fecha de ejecución de la auditoría.

9. PROCESOS AUDITADOS

Indicar nombre de los procesos auditados.

10. NOMBRE DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS AUDITADOS

Indicar nombre de los responsables de los procesos auditados.

11. NÚMERO DE NO CONFORMIDADES

Completar número de No Conformidades presentadas producto de la auditoría.

12. INFORMACIÓN A ADJUNTAR

Adjuntar la información siguiente:

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

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

13. DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD

Describir la no conformidad hallada.



14. CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD

Describir las çausas que dieron origen a la no conformidad.

15. DESCRIPCIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS

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

16. NOMBRE DEL RESPONSABLE

Indicar el nombre del responsable de implementar la medida correctiva.

17. FECHA DE EJECUCIÓN

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

18. ESTADO

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

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA EN CASO DE INSPECCIÓN INTERNA

19. ÁREA INSPECCIONADA

Indicar el área objeto de la inspección.

20. FECHA Y HORA DE LA INSPECCIÓN

Indicar fecha v hora de la inspección.

21. RESPONSABLE DEL ÁREA INSPECCIONADA

Indicar el responsable del área inspeccionada.

22. RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

Indicar nombre completo del responsable de la inspección.

23. OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN

Indicar el objeto de la Inspección.

24. TIPO DE INSPECCIÓN

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

25. RESULTADO DE LA INSPECCIÓN

Detallar los resultados de la inspección.

26. DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS ANTE RESULTADOS DESFAVORABLES

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

27. MEDIDAS CORRECTIVAS

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

28. RESPONSABLE DEL REGISTRO

Indicar los datos del responsable del registro.







5. REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD

	N° REGISTRO:		mental and the second s		REGISTE	0	ESTADÍ	S F	REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Z S	4 S Y C		
1 RAZÓN	RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIA	DENON	INACIÓN	SOCIAL:	THE STREET S	- Andrewski special sp	(Planetes (Antion) Antion (Antion) and Antion	Mehrich of the belief the designation of the second	erreterreterreterreterreterreterreterr	albenedelbournelonse estavinance a souten encept exp in pro-	American construction of the second	AND PROPERTY OF THE PROPERTY O	Heritererreductionschalbesteil
2 FECHA:	* 1	**************************************			Accession and the second secon			President and the second secon	AND THE RESIDENCE OF THE PROPERTY OF THE PROPE	MANON BIRADON NO LO CALLANTO CONTRACTOR DE LA CALLANTO CONTRACTOR DEL CALLANTO CONTRACTOR DE LA	- CHICANINA CONTRACTOR		
		V. C.	CPTS FOR CONTROL OF THE STANDARD COLLANS AND	والمراجعة	TAO .	OS A C	DATOS A COMPLETAR		T Om - Part -	AND THE PARTY OF THE PROPERTY OF THE PARTY O	TO STATE OF THE ST	ANTERNAMENTAL THE PROPERTY OF	
			ACCIDENTE DE TRABAJO	DETRABA			4 @ &	ENFERMEDAD	9		INCIDENTES	S.L.S.	
% W	N° ACCIDENTE MORTAL	ÁREA(S)	N* ACCIDENTE TRABAJO LEVE	ÁREA(S)	N° ACCIDENTE TRABAJO INCAPACITANTE	ÁREA(S)	N° ÁREA(S) ENFERMEDAD OCUPACIONAL	ÁREA(S)	N° TRABAJADORES EXPUESTOS AL AGENTE	N° INCIDENTES ÁREA(S) PELIGROSOS	ÁREA(S)	N° INCIDENTES	AREA(S)
ENERO		wiganyasis		annia de la composición dela composición de la composición de la composición de la composición dela composición de la composición dela composición dela composición de la composición dela composición de la composición dela composición de		-89100				The second secon			
FEBRERO	1.4								Anger Stein (Angels de Angels de Angels de Angels des Angels des Angels des Angels des Angels des Angels de An	ATTENTION OF THE STATE OF THE S		AND THE PROPERTY OF THE PERSON	
MARZO	7 11								AN A				
ABRIL	4.1											The Control of the Co	
MAYO													
UNIO													
2010											The state of the s	The state of the s	- The state of the
AGOSTO													
SEPTIEMBRE													A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O
OCTUBRE													
NOVIEWBRE													
DICIEMBRE													

9 NOMBREDELOS RESPONSABLES		·		Firma:
8 FECHA DE MPLEMENTACIÓN				2.Lo
7 MEDIDAS CORRECTIVAS			10 RESPONSABLE DEL REGISTRO	Cargo: Fecha:
6 ANÁLISIS TRIMESTRAL DE LOS RESUL TADOS				Nombre:



FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD

DATOS DEL EMPLEADOR

1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL

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

2. FECHA

Completar la fecha en la cual se completó el registro.

DATOS A COMPLETAR

3. ACCIDENTE DE TRABAJO

N° ACCIDENTE MORTAL

Completar número de accidentes de trabajo mortal reportado por mes.

- ÁREA(S)

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

- N° ACCIDENTE DE TRABAJO LEVE

Completar número de accidentes de trabajo leve reportado por mes.

- ÁREA(S)

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

- N° ACCIDENTE DE TRABAJO INCAPACITANTE

Completar número de accidentes de trabajo incapacitantes reportados por mes.

ÁREA(S)

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

4. ENFERMEDAD OCUPACIONAL



N° ENFERMEDAD OCUPACIONAL
Completar número de enfermedades ocupacionales presentadas por mes.

ÁREA(S)

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

- N° TRABAJADORES EXPUESTOS AL AGENTE

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

5. INCIDENTES

- N° INCIDENTES PELIGROSOS

Completar número de incidentes peligrosos presentados en el mes.

- ÁREA(S)

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



N° INCIDENTES

Completar número de incidentes presentados en el mes.

ÁREA(S)

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

6. ANÁLISIS TRIMESTRAL DE LOS RESULTADOS

Describir el análisis trimestral de los resultados.

Dicha periodicidad concuerda, asimismo, con la prevista en el literal r.3) del artículo 42º del Reglamento de la Ley Nº 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por Decreto Supremo Nº 005-2012-TR, para que el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo reporte a la máxima autoridad del empleador las estadísticas de accidentes, incidentes y enfermedades ocupacionales.

7. MEDIDAS CORRECTIVAS

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

8. FECHA DE IMPLEMENTACIÓN

Indicar la fecha de implementación de las medidas correctivas.

9. NOMBRE DEL RESPONSABLE

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

10. RESPONSABLE DEL REGISTRO

Completar los datos de los responsables del registro.



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