TRABAJO Y PROMOCION DEL EMPLEO

Aprueban el sistema simplificado de registros del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para MYPES

RESOLUCIÓN MINISTERIAL
Nº 082-2013-TR

Lima, 3 de mayo de 2013

VISTOS: El Oficio N° 334-2012-MTPE/2/15 de la Dirección General de Derechos Fundamentales y Seguridad y Salud en el Trabajo y el Informe N° 009-2013-MPE/2/15 de la Dirección General de Derechos Fundamentales y Seguridad y Salud en el Trabajo; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 005-2012-TR se aprobó el Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, normativa que tiene por objeto promover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país, sobre la base de la observancia del deber de prevención de los empleadores, el rol de fiscalización y control del Estado y la participación de los trabajadores y sus organizaciones sindicales;

Que, la Sexta Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, señala que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, en el ámbito de sus competencias, puede regular mediante normas complementarias lo pertinente para la aplicación de dicha normativa;

Que, el artículo 5° de la Ley N° 29381, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, establece como parte de sus competencias: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas nacionales y sectoriales en materia de seguridad y salud en el trabajo; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de dicha política nacional;

Que, el artículo 2° del Texto Único Ordenado de la Ley de Promoción de la Competitividad, Formalización y Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa y del Acceso al Empleo Decente, Ley MYPE, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2008-TR, establece como política estatal la promoción de un entorno favorable para la creación, formalización, desarrollo y competitividad de las micro y pequeñas empresas;

Que, el artículo 20° de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, establece como metodología de mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo la medición y evaluación periódica del desempeño con respecto a los estándares;

Que, según lo dispuesto en el artículo 28° de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, el empleador implementa los registros y documentación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, siendo que para el caso de las micro y pequeñas empresas, el artículo 34° del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, señala que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo establece un sistema simplificado para la implementación de dicha documentación y registros para las mismas;

Que, en atención a los considerandos precedentes, resulta prioritario para el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo aprobar los instrumentos técnico normativos necesarios que contribuyan a garantizar las condiciones básicas de seguridad y salud en el trabajo para la protección social y el desarrollo de trabajo decente en las micro y pequeñas empresas;

Con las visaciones de la Viceministra de Trabajo y del Jefe de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo establecido en el numeral 8) del artículo 25º de la Ley Nº 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el artículo 11° de la Ley Nº 29381, Ley

de Organización y Funciones del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, y el literal b) del artículo 7° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2010-TR;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el sistema simplificado de registros del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para MYPES, conformado por los siguientes anexos, que son parte integrante de la presente resolución:

• Anexo 1: Sistema Simplificado de Registros del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para MYPES – Guía de Conceptos Básicos.

• Anexo 2: Sistema Simplificado de Registros del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para la Micro Empresa.

• Anexo 3: Sistema Simplificado de Registros del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para la Pequeña Empresa.

Artículo 2°.- Las micro empresas podrán optar por implementar los registros obligatorios, previstos en el artículo 33º del Reglamento de la Ley Nº 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, o por el sistema simplificado de registros que se aprueba mediante la presente resolución. Dichos registros pueden ser llevados por el empleador en medios físicos o digitales.

Artículo 3º.- Los formatos considerados en los Anexos 2 y 3 son de carácter referencial, en virtud del artículo 34° del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Sin embargo, la información mínima que deben contener los registros del sistema simplificado es obligatoria de acuerdo con lo establecido en el artículo 33° del acotado Reglamento.

Artículo 4º.- Para aquellas micro y pequeñas empresas que opten por el sistema simplificado, la información histórica contenida en los registros que lo conforman, hará las veces del registro de estadísticas previsto en el inciso e) del artículo 33º del Reglamento de la Ley Nº 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, proporcionando los datos cuantitativos y cualitativos para su análisis y revisión, como parte del mejoramiento continuo de su Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo previsto en el artículo 20º de la precitada ley.

Artículo 5°.- Disponer la publicación de la presente resolución y los anexos, a que hace referencia el artículo 1º, en el portal institucional del Estado Peruano (www.peru.gob.pe) y del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (www.trabajo.gob.pe), en la fecha en que se publique la presente resolución, siendo responsable de dicha acción la Oficina General de Estadística y Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

NANCY LAOS CÁCERES
Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo

932611-1

FE DE ERRATAS

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 082-2013-TR

Mediante Oficio N° 1120-2013-MTPE/4, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo solicita se publique Fe de Erratas de la Resolución Ministerial Nº 082-2013-TR, publicada en la edición del día 4 de mayo de 2013.

- Página 494160

DICE:

RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº 082-2013-TR

DEBE DECIR:

RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº 085-2013-TR

- Página 494161

DICE:

Artículo 2º.- Las micro empresas podrán optar por (…)

DEBE DECIR:

Artículo 2º.- Las micro y pequeñas empresas podrán optar por (…)

DICE:

Artículo 4°.- Para aquellas micro y pequeñas empresas que opten por (…)

DEBE DECIR:

Artículo 4°.- Para aquellas micro empresas que opten por (…)

933873-1

ANEXO 1

SISTEMA SIMPLIFICADO DE REGISTROS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA MYPES – GUÍA DE CONCEPTOS BÁSICOS

1. INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO, INCIDENTES PELIGROSOS E INCIDENTES

La investigación de accidentes, incidentes peligrosos e incidentes tiene como objetivos principales la deducción de las causas que los han generado a través del previo conocimiento de los hechos acaecidos, la eliminación de dichas causas y la supresión o reducción de los riesgos laborales.

Es necesario registrar los datos obtenidos en la investigación. Esta fuente de información debe estar disponible para un posterior análisis que se requiera y para realizar un registro estadístico.

¿Cómo realizar una investigación de un accidente de trabajo?

El proceso de investigación del accidente de trabajo se basa en las etapas siguientes:

- Etapa 1: Análisis de la situación
  El investigador debe trasladarse a la escena del accidente de trabajo, tan pronto como sea posible y recopilar toda la evidencia posible.

- Etapa 2**:** Recolección de información
  Observe la escena en general, haga preguntas, recopile información sobre los hechos con testimonios del accidentado y testigos.

- Etapa 3: Analice la información recopilada
  Con la información recopilada en la etapa 2, identificar las causas que originaron el accidente de trabajo.

- Etapa 4: Acciones correctivas
  Una vez identificadas las causas que originaron el accidente de trabajo en la etapa 3, proponga acciones correctivas para evitar la repetición del accidente de trabajo.

- Etapa 5: Verificación
  Es la revisión de la ejecución de las acciones correctivas.

¿Qué aspectos se debe tener en cuenta para describir los hechos del accidente de trabajo?

Se debe describir sólo los hechos o información comprobable, no escribir información subjetiva que no pueda ser comprobada. La descripción de los hechos debe estar firmada por el responsable de la investigación, adjuntándose la siguiente documentación:

- Declaración del afectado sobre los sucesos, con la firma respectiva.
- Declaración de testigos con las firmas respectivas; de ser el caso.

La descripción y la(s) declaración(es) de los hechos responden, entre otras, a las preguntas siguientes:

- **¿Cuándo y cómo** ocurrió el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente? Se refiere a las circunstancias antes, durante e inmediatamente después del suceso. Prácticamente es reconstruir la forma de ocurrencia de los hechos.

- **¿Qué** herramientas, maquinarias, suministros, materiales, químicos, agentes presentes forman parte de los hechos?, ¿eran estos equipos o maquinarias, adecuados y funcionaban correctamente?, ¿se realizó mantenimiento a las maquinarias?

- **¿Quiénes** estuvieron presentes? Es recomendable tomar nota de las declaraciones de los testigos de forma individual para evitar la distorsión de la declaración de otro testigo.

¿Cómo identificar las causas de los accidentes de trabajo?

Existen varias metodologías. En esta guía nos basaremos en el Reglamento de la Ley N° 29783, Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR, en cuyo Glosario de Términos se definen los siguientes conceptos:

Causas de los Accidentes: Son uno o varios eventos relacionados que concurren para generar un accidente. Se dividen en:

a) 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.

b) Causas Básicas: Referidas a factores personales y factores de trabajo**:**

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

  Por ejemplo:

  - *Capacidad física inadecuada: Altura, peso, otros, incompatible con el puesto de trabajo.*
  - *Falta de conocimiento: falta de experiencia, falta de capacitación.*
  - *Falta de habilidad: carencia de instrucción inicial, falta de entrenamiento en el lugar de trabajo.*
  - *Trabajador desmotivado por diversas causas, tales como: el desempeño inadecuado es premiado y/o el adecuado es castigado, presión de grupo, etc.*
  - *Estresantes físicos: fatiga, presencia de lesiones o enfermedad.*
  - *Estresantes mentales: sobrecarga emocional.*

- **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.

  Por ejemplo:

  - *Liderazgo y supervisión: reportes no claros o conflictivos, asignaciones conflictivas de responsabilidad, delegación insuficiente o inapropiada, instrucciones que no corresponde con los procedimientos, falta de monitoreo.*
  - *Compras: no cumplen con los requisitos o especificaciones de seguridad y/o salud necesarios para el uso, falta de verificación del material o equipo adquirido.*
  - *Ingeniería: diseño de puesto de trabajo sin considerar los factores ergonómicos, los estándares del uso de equipos, falta de controles de ingeniería.*
  - *Mantenimiento: falta de programa de mantenimiento preventivo de maquinarias, falta de revisiones y/o medidas de reparación, falta de limpieza.*
  - *Herramientas y equipos: Falta de identificación de los riesgos asociados a las herramientas y equipos.*
  - *Falta de entrega de equipos de protección personal o colectivo.*

c) Causas Inmediatas.- Son aquellas debidas a los actos o condiciones subestándares.

¿Qué son los 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 en el lugar de trabajo. Es un parámetro que indica la forma correcta de hacer las cosas. El estándar satisface las siguientes preguntas: ¿Qué?, ¿Cómo? ¿Quién? y ¿Cuándo?

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

  Por ejemplo:

  - *Máquinas sin guardas de protección.*
  - *Equipos, herramientas o materiales defectuosos.*
  - *Áreas restringidas o congestionadas.*
  - *Sistemas o señales de alerta inadecuados.*
  - *Falta de orden y limpieza.*
  - *Exposición a diferentes tipos de riesgos (físicos, químicos, biológicos, disergonómicos).*

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

  Por ejemplo:

  - *Operar el equipo sin autorización.*
  - *Operar a velocidades no permitidas.*
  - *Convertir dispositivos de seguridad en inoperativos.*
  - *Uso incorrecto del equipo de protección personal.*
  - *Falta de cumplimiento de los procedimientos establecidos.*
  - *Trabajar bajo influencia de alcohol y/o drogas.*

¿Cómo identificar las causas del incidente peligroso o incidente?

Se puede aplicar el método de cuestionamiento (¿por qué?)

- Seleccionar un suceso que contribuyó al incidente peligroso o incidente.
- Preguntar por qué ocurrió el suceso.
- Buscar tantas respuestas a esta pregunta como sea posible. No se conforme con la primera respuesta. En el proceso, más de una causa o subevento puede ser identificado; continúe con la investigación hasta agotar todas las posibilidades.
- Preguntar el porqué de cada evento o causa identificada, continúe buscando respuesta a estas preguntas con por lo menos tres porqués más.
- Repetir este proceso para otros eventos.

Por ejemplo:

Incidente: La administradora de un restaurante ingresó a la cocina y se resbaló sin sufrir lesiones corporales.

Suceso	¿Por qué?
La administradora se resbaló.	Respuesta 1: El piso estaba mojado. Respuesta 2: El calzado de la administradora no era el adecuado.
	¿Por qué?
El piso estaba mojado.	Respuesta 1: Por la salpicadura del agua en el piso en el proceso de lavado de vajillas. Respuesta 2: Por la salpicadura del agua al salir del grifo con alta presión.
	¿Por qué?
Salpicaba agua al piso en el proceso de lavado de vajillas.	Respuesta 1: **El método de lavado no era el adecuado.**
Por la salpicadura del agua al salir del grifo con alta presión.	Respuesta 1: Porque el procedimiento de lavado de vajillas establece la presión de salida del agua.
	¿Por qué?
El ingreso de la administradora con calzado inadecuado.	Respuesta 1: **Por obviar las normas de seguridad y exceso de confianza.**
Resultado de identificación de la causa del incidente	
- El método de lavado inadecuado generaba salpicadura de agua en el piso. - La administradora obvió la norma de seguridad que establece ingresar a la cocina sólo con zapatos antideslizantes; asimismo, la acción se dio por el exceso de confianza.	

2. MONITOREO DE AGENTES

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, frio), 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), etc.

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.

3. 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:

i. 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.

ii. 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.

Por ejemplo: Se puede utilizar una lista de chequeo como la siguiente:

INSPECCIÓN DE ORDEN, LIMPIEZA Y SEGURIDAD			
ÁREA:		**CUMPLIMIENTO**	
		SÍ	**NO**
Organización	**Separando lo que es necesario y no necesario**		
	¿Han sido quitados todos los artículos innecesarios?		
	¿Están los pasadizos, las áreas de trabajo, claramente identificadas y libres para el tránsito?		
	¿Existe un procedimiento para quitar artículos innecesarios?		
Orden	**Un lugar para todo y todo en su lugar**		
	¿Hay un lugar para todo?		
	¿Está todo en su lugar?		
	¿Las posiciones son obvias y fáciles para identificarse?		
Limpieza	**Limpieza y hábitos de mantener todo limpio**		
	¿Están las áreas, equipos, instrumentos, escritorios limpios y en su lugar?		
	¿Los materiales de limpieza están disponibles y son accesibles?		
	¿Están las señales de seguridad de los pasillos y áreas en buenas condiciones?		
	¿Se han definido los roles de mantenimiento de la limpieza y se cumplen?		
Control y mantenimiento	**Mantenimiento y monitoreo**		
	¿Se cuenta con toda la información necesaria para guardar cada artículo en su lugar?		
	¿Están los procedimientos y normas en los lugares de uso y al alcance de los trabajadores?		
	¿Se conocen las instrucciones y procedimientos de trabajo?		
Disciplina y hábito	**Después de las reglas, disciplina**		
	¿Se cumple lo establecido en los procedimientos de trabajo seguro?		
	¿Se revisa con frecuencia el mantenimiento del sistema establecido?		
	¿Existe un responsable para realizar las revisiones y matenimiento de lo establecido?		
Seguridad	**Seguridad y mantenimiento de un lugar de trabajo seguro**		
	¿Existen señales de seguridad en las instalaciones y todo el personal las reconoce?		
	¿Se han identificado los lugares y procedimientos peligrosos?		
	¿Existen equipos de emergencia y las salidas de evacuación están libres?		

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

- Comenzar con una actitud positiva.
- Planificar la inspección: establezca un recorrido.
- Determinar lo que va a observar.
- Saber qué buscar.
- Hacer lista de verificaciones.
- Revisar el historial de inspecciones pasadas.
- Conseguir herramientas y materiales.

- Acción de inspección

- Orientarse por el recorrido planificado y la lista de verificación.
- Acentuar lo positivo.
- Buscar los aspectos que se encuentran fuera de la vista.
- Adoptar medidas temporales inmediatas.
- Describir claramente cada aspecto, de ser posible tome fotografías.
- Clasificar las condiciones peligrosas.
- Informar de los artículos que parecen innecesarios.
- Determinar las causas básicas de los actos y condiciones sub estándares.
- Redactar 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.

- Emitir órdenes de trabajo.
- Controlar el presupuesto de recursos.
- Garantizar acciones oportunas.
- Evaluar el progreso de la actividad.
- Verificar la efectividad de los controles aplicados.
- Otorgar reconocimiento cuando corresponda.
- Medir la calidad del informe de inspección.

4. INFORMACIÓN DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO Y SIMULACROS DE EMERGENCIA

Esta información permite al empleador tener un control de las actividades desarrolladas para mejorar capacidades en los trabajadores.

Se debe registrar las actividades de inducción, capacitación, entrenamiento y simulacro de emergencia.

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 en:

a) 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) Los cambios en las funciones que desempeñe, cuando éstos se produzcan.

c) Los cambios en las tecnologías o en los equipos de trabajo, cuando éstos se produzcan.

d) Las medidas que permitan la adaptación a la evolución de los riesgos y la prevención de nuevos riesgos.

e) 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:

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

5. AUDITORÍA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La Auditoría es un procedimiento sistemático, independiente y documentado para evaluar un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que se llevará a cabo de acuerdo a la regulación que establece el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo**.**

Las auditorías periódicas que se realicen a los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de las empresas, entidades públicas o privadas, tienen como principales objetivos:

a) Determinar si el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se ha implementado y mantenido correctamente.

b) Verificar la eficacia de la política y los objetivos de la organización.

c) Comprobar que las actividades de prevención realizadas luego de la evaluación de riesgos, se adecúan a las normas de seguridad y salud en el trabajo vigentes.

d) Proponer las medidas preventivas y correctivas necesarias para eliminar o controlar los riesgos asociados al trabajo.

¿En qué consiste básicamente la labor de auditoría?

Las auditorías deben consistir en la revisión de documentación, el planeamiento del proceso (con herramientas tales como un programa de auditoría, un plan de auditoría), trabajo de campo y la emisión del informe final correspondiente que contenga, entre otros aspecto, los hallazgos (conformidades y no conformidades) y las conclusiones.

El informe de auditoría es entregado al empleador para la gestión del cierre de las No Conformidades presentadas y para evidenciar la conformidad de su Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Algunos conceptos importantes a tener en cuenta:

- **Conformidad**
  Cumplimiento de un requisito normativo.

- **No conformidad**
  Incumplimiento de un requisito normativo.

  - **No Conformidad Mayor**
    Incumplimiento de un requisito normativo, propio de la organización y/o legal, que vulnera o pone en serio riesgo la integridad del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Puede corresponder a la no aplicación de un artículo de una norma, el desarrollo de un proceso sin control, ausencia consistente de registros declarados por la organización o exigidos por la norma, o la repetición permanente y prolongada a través del tiempo de pequeños incumplimientos asociados a un mismo proceso o actividad.

  - **No Conformidad Menor**
    Desviación mínima en relación con requisitos normativos, propios de la organización y/o legales. Estos incumplimientos son esporádicos, dispersos y parciales y no afecta mayormente la eficiencia e integridad del sistema de gestión.

- **Observación**
  Situación específica que no implica desviación ni incumplimiento de requisitos, pero que constituye una oportunidad de mejora.

- **Acción correctiva**
  Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada, u otra situación indeseable. La acción correctiva se toma para prevenir que algo vuelva a producirse.

- **Acción preventiva**
  Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable.

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 N°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 15º 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?				

ANEXO 3

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

LOS REGISTROS SIMPLIFICADOS PARA LA PEQUEÑA EMPRESA SON:

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

DESARROLLO:

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

Nº REGISTRO:	REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES			
DATOS DEL EMPLEADOR :				
1 RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2 RUC	3 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
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 DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

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

33 MEDIDAS CORRECTIVAS

¿Qué medidas correctivas se implementarán para eliminar la causa que originó el accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente?	INDICAR RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN		
		DÍA	MES	AÑO
1.-				
2.-				
3.-				
Insertar tantos renglones como sean necesarios.				

ENFERMEDAD OCUPACIONAL

34 TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL 1)	35 NÚMERO DE TRABAJADORES QUE ADQUIRIERON LA(LAS) ENFERMEDAD(ES) OCUPACIONAL(ES)		36 NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	37 ÁREAS DONDE SE PRESENTÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	38 CAUSAS QUE ORIGINARON LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	39 MEDIDAS CORRECTIVAS A IMPLEMENTAR	40 RESPONSABLE	41 FECHA DE EJECUCIÓN
	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE						
Insertar tantos renglones como sean necesarios.								

42 TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES

FÍSICO		QUÍMICO		BIOLÓGICO		DISERGONÓMICO		PSICOSOCIALES	
Ruido	F1	Gases	Q1	Virus	B1	Manipulación inadecuada de carga.	D1	Hostigamiento psicológico	P1
Vibración	F2	Vapores	Q2	Bacilos	B2	Diseño de puesto inadecuado	D2	Estrés laboral	P2
Iluminación	F3	Neblinas	Q3	Bacterias	B3	Posturas inadecuadas	D3	Turno rotativo	P3
Ventilación	F4	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								

43 RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN

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

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

DATOS DEL EMPLEADOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DATOS DEL TRABAJADOR

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

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

13. **EDAD**
    Completar edad.

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

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

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

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

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

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

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

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

ACCIDENTE DE TRABAJO / INCIDENTE PELIGROSO / INCIDENTE

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

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

Dependiendo de los hechos marcar según corresponda si es accidente de trabajo, incidente peligroso o incidente. (Ref. Glosario de términos del Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado por Decreto Supremo 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 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 Nº 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 SEGUIMIENTO						
DATOS DEL EMPLEADOR:							
1 RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2 Nº RUC	3 DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4 TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	5 Nº TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL			
INFORMACIÓN A SER COMPLETADO POR CADA ÁREA							
6 NOMBRE DEL ÁREA		7 Nº TRABAJADORES EN EL ÁREA					
MONITOREO DE AGENTES							
8 NOMBRE DEL PUESTO DE TRABAJO	9 INDICAR TIPO DE AGENTE A SER MONITOREADO (Ver Tabla 1)	10 FECHA DE MONITOREO	11 RESULTADO DESFAVORA - BLE (SÍ/NO)	12 EL AGENTE GENERÓ ENFERMEDAD OCUPACIONAL (SÍ/NO)	13 ¿QUÉ MEDIDAS CORRECTIVAS SE IMPLEMENTARÁN PARA ELIMINAR, DISMINUIR O CONTROLAR LA PRESENCIA DE LOS AGENTES QUE SOBREPASARON EL LÍMITE PERMITIDO?	14 RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN	15 FECHA DE EJECUCIÓN
Insertar tantos renglones como sean necesarios. Adjuntar informe de resultado de monitoreo de agentes, de ser el caso.							

EQUIPOS DE SEGURIDAD O EMERGENCIA						
16 PARTE DEL CUERPO A PROTEGER	17 DETALLE DEL EQUIPO	18 FECHA DE ENTREGA	19 FECHA DE REVISIÓN	20 FECHA DE RENOVACIÓN DE SER EL CASO	21 CAPACITACIÓN EN EL USO CORRECTO / IMPORTANCIA (SÍ/NO)	22 N° TRABAJADORES CAPACITADOS (Adjuntar al registro información con el nombre completo de los trabajadores que recibieron capacitación y el equipo de protección o emergencia)
CABEZA						
OJOS						
OÏDOS						
VÏAS RESPIRATORIAS						
MANOS						
PIES						
OTROS (DETALLAR)						

MODELO DE ENCABEZADO PARA REGISTRO DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO Y SIMULACROS DE EMERGENCIA									
23 MARCAR CON (X)									
INDUCCIÓN		CAPACITACIÓN		ENTRENAMIENTO		SIMULACRO DE EMERGENCIA			
24 NOMBRE DEL TEMA		25 FECHA		26 N° Horas		27 NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR			

28 DATOS DE LOS ASISTENTES				
APELLIDOS Y NOMBRES	N° DNI	CARGO	FIRMA	OBSERVACIONES

Insertar tantos renglones como sean necesarios.

29 TABLA 1: TIPOS DE AGENTES (Referenciales)											
FÍSICO		QUÍMICO		BIOLÓGICO		DISERGONÓMICO		PSICOSOCIALES			
Ruido	F1	Gases	Q1	Virus	B1	Manipulación inadecuada de carga	D1	Hostigamiento psicológico	P1		
Vibración	F2	Vapores	Q2	Bacilos	B2	Diseño de puesto inadecuado	D2	Estrés laboral	P2		
Iluminación	F3	Neblinas	Q3	Bacterias	B3	Posturas inadecuadas	D3	Turno rotativo	P3		
Ventilación	F4	Rocío	Q4	Hongos	B4	Trabajos repetitivos	D4	Falta de comunicación y entrenamiento.	P4		
Presión alta o baja	F5	Polvo	Q5	Parásitos	B5	Otros, indicar	D5	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										

30 RESPONSABLE DEL REGISTRO			
Nombre:	Cargo:	Fecha:	Firma:

FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE SEGUIMIENTO

DATOS DEL EMPLEADOR

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

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

3. **DOMICILIO**
   Indicar el domicilio, distrito, departamento, provincia.

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

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

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR CADA ÁREA

6. **NOMBRE DEL ÁREA**
   Indicar nombre del área.

7. **N° TRABAJADORES EN EL ÁREA**
   Indicar número de trabajadores en el área.

MONITOREO DE AGENTES

8. **NOMBRE DEL PUESTO DE TRABAJO**
   Indicar nombre de los puestos de trabajo existentes en el área a ser monitoreada.

9. **INDICAR TIPO DE AGENTE A SER MONITOREADO (Ver Tabla 1)**
   Indicar tipo de agente a ser monitoreado en base a lo detallado en la Tabla 1.

10. **FECHA DE MONITOREO**
    Indicar fecha de monitoreo.

11. **RESULTADO DESFAVORABLE (SÍ/NO)**
    Indicar resultado del monitoreo.
    Adjuntar informe de resultado de monitoreo de agentes, de ser el caso.

12. **EL AGENTE CAUSÓ ENFERMEDAD OCUPACIONAL (SÍ/NO)**
    Indicar si el agente monitoreado causó enfermedad ocupacional o no.

13. **MEDIDAS CORRECTIVAS A IMPLEMENTARSE**
    Indicar que medidas correctivas se implementarán para eliminar, disminuir o controlar la presencia de los agentes que sobrepasaron el límite permitido.

14. **RESPONSABLE DE LA 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. **N° HORAS**
    Indicar número de horas de la inducción, capacitación, entrenamiento o simulacro de emergencia.

27. **NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR**
    Indicar el nombre del capacitador o entrenador.

28. **DATOS DE LOS ASISTENTES**
    Indicar datos de los asistentes como:
    - Apellidos y nombres, N° DNI, cargo, firma, observaciones.

29. TABLA 1: TIPOS DE AGENTES

Tabla referencial para completar el ítem 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

Nº REGISTRO:	REGISTRO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

DATOS DEL EMPLEADOR:

1 RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2 Nº RUC	3 DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4 ACTIVIDAD ECONÓMICA	5 Nº TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA EN CASO DE AUDITORÍA

6 NOMBRE DEL AUDITOR O AUDITORES	7 Nº REGISTRO DEL AUDITOR O AUDITORES	8 FECHA DE AUDITORÍA	9 PROCESOS AUDITADOS	10 NOMBRE DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS AUDITADOS

11 NÚMERO DE NO CONFORMIDADES	12 INFORMACIÓN A ADJUNTAR
	ADJUNTAR: a) Informe de auditoría, indicando los hallazgos encontrados, así como no conformidades, observaciones, entre otros, con la respectiva firma del auditor o auditores. b) Plan de acción para cierre de no conformidades (posterior a la auditoría). Este plan de acción contiene la descripción de las causas que originaron cada no conformidad, propuesta de las medidas correctivas para cada no conformidad, responsable, fecha de ejecución, estado de la acción correctiva (Ver modelo de encabezados).

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

13 DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	14 CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD	15 DESCRIPCIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS	16 NOMBRE DEL RESPONSABLE	17 FECHA DE EJECUCIÓN	18 Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)

Insertar tantos renglones como sean necesarios.

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA EN CASO DE INSPECCIÓN INTERNA

19 ÁREA INSPECCIONADA	20 FECHA Y HORA DE LA INSPECCIÓN	21 RESPONSABLE DEL ÁREA INSPECCIONADA	22 RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	23 OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN	24 TIPO DE INSPECCIÓN: PLANEADA, NO PLANEADA, OTRO (DETALLAR)

25 RESULTADO DE LA INSPECCIÓN	26 DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA ANTE RESULTADOS DESFAVORABLES	27 MEDIDAS CORRECTIVAS

Insertar tantos renglones como sean necesarios.

28 RESPONSABLE DEL REGISTRO

Nombre:	Cargo:	Fecha:	Firma:

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

DATOS DEL EMPLEADOR

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

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

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

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

5. **NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL**
   Completar número de trabajadores presentes en el centro laboral.

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA EN CASO DE AUDITORÍA

6. **NOMBRE DEL AUDITOR O AUDITORES**
   Indicar nombre del auditor o auditores.

7. **N° REGISTRO DEL AUDITOR O AUDITORES**
   Indicar número de registro otorgado por la Autoridad Administrativa de Trabajo.

8. **FECHA DE AUDITORÍA**
   Indicar fecha de ejecución de la auditoría.

9. **PROCESOS AUDITADOS**
   Indicar nombre de los procesos auditados.

10. **NOMBRE DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS AUDITADOS**
    Indicar nombre de los responsables de los procesos auditados.

11. **NÚMERO DE NO CONFORMIDADES**
    Completar número de No Conformidades presentadas producto de la auditoría.

12. **INFORMACIÓN A ADJUNTAR**
    Adjuntar la información siguiente:

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

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

13. **DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD**
    Describir la no conformidad hallada.

14. **CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD**
    Describir las causas que dieron origen a la no conformidad.

15. **DESCRIPCIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS**
    Indicar las medidas correctivas propuestas para eliminar la causa de la no conformidad.

16. **NOMBRE DEL RESPONSABLE**
    Indicar el nombre del responsable de implementar la medida correctiva.

17. **FECHA DE EJECUCIÓN**
    Indicar la fecha de ejecución de la implementación de la medida correctiva.

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

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA EN CASO DE INSPECCIÓN INTERNA

19. **ÁREA INSPECCIONADA**
    Indicar el área objeto de la inspección.

20. **FECHA Y HORA DE LA INSPECCIÓN**
    Indicar fecha y hora de la inspección.

21. **RESPONSABLE DEL ÁREA INSPECCIONADA**
    Indicar el responsable del área inspeccionada.

22. **RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN**
    Indicar nombre completo del responsable de la inspección.

23. **OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN**
    Indicar el objeto de la Inspección.

24. **TIPO DE INSPECCIÓN**
    Indicar tipo de inspección (planeada, no planeada, otro).

25. **RESULTADO DE LA INSPECCIÓN**
    Detallar los resultados de la inspección.

26. **DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS ANTE RESULTADOS DESFAVORABLES**
    Describir las causas del hallazgo desfavorable (posterior a la inspección interna).

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

28. **RESPONSABLE DEL REGISTRO**
    Indicar los datos del responsable del registro.

5. REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD

N° REGISTRO:	REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1 RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL:

2 FECHA :

DATOS A COMPLETAR

MES	3 ACCIDENTE DE TRABAJO						4 ENFERMEDAD OCUPACIONAL			5 INCIDENTES			
	N° ACCIDENTE MORTAL	ÁREA(S)	N° ACCIDENTE TRABAJO LEVE	ÁREA(S)	N° ACCIDENTE TRABAJO INCAPACITANTE	ÁREA(S)	N° ENFERMEDAD OCUPACIONAL	ÁREA(S)	N° TRABAJADORES EXPUESTOS AL AGENTE	N° INCIDENTES PELIGROSOS	ÁREA(S)	N° INCIDENTES	ÁREA(S)
ENERO													
FEBRERO													
MARZO													
ABRIL													
MAYO													
JUNIO													
JULIO													
AGOSTO													
SEPTIEMBRE													
OCTUBRE													
NOVIEMBRE													
DICIEMBRE													

6 ANÁLISIS TRIMESTRAL DE LOS RESULTADOS	7 MEDIDAS CORRECTIVAS	8 FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	9 NOMBRE DE LOS RESPONSABLES

10 RESPONSABLE DEL REGISTRO			
Nombre:	Cargo:	Fecha:	Firma:

FICHA TÉCNICA DEL REGISTRO DE ESTADÍSTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD

DATOS DEL EMPLEADOR

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

2. FECHA
Completar la fecha en la cual se completó el registro.

DATOS A COMPLETAR

3. ACCIDENTE DE TRABAJO

- **N° ACCIDENTE MORTAL**
  Completar número de accidentes de trabajo mortal reportado por mes.

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

- **N° ACCIDENTE DE TRABAJO LEVE**
  Completar número de accidentes de trabajo leve reportado por mes.

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

- **N° ACCIDENTE DE TRABAJO INCAPACITANTE**
  Completar número de accidentes de trabajo incapacitantes reportados por mes.

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

4. ENFERMEDAD OCUPACIONAL

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

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

- **N° TRABAJADORES EXPUESTOS AL AGENTE**
  Completar número de trabajadores expuestos al agente que originó la enfermedad ocupacional.

5. INCIDENTES

- **N° INCIDENTES PELIGROSOS**
  Completar número de incidentes peligrosos presentados en el mes.

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

- **N° INCIDENTES**
  Completar número de incidentes presentados en el mes.

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

6. ANÁLISIS TRIMESTRAL DE LOS RESULTADOS

Describir el análisis trimestral de los resultados.

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

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

8. FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
Indicar la fecha de implementación de las medidas correctivas.

9. NOMBRE DEL RESPONSABLE
Indicar los nombres de los responsables de la implementación de las medidas correctivas de ser el caso.

10. RESPONSABLE DEL REGISTRO
Completar los datos de los responsables del registro.

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