



FECHA DEL INFORME:

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

**ANEXO II – RESOLUCION 81/2019**
**"Procedimiento para informar la presencia de Sustancias y Agentes Cancerígenos"**

<b>INFORMACIÓN DE LA EMPRESA</b>	
1- CUIT de la empresa:	
Razón social:	
<b>INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
ID ESTABLECIMIENTO *Dato a completar por ART MUTUAL RURAL	
2- N° Establecimiento ART:	
Dirección:	
Localidad:	
CODIGO POSTAL:	
3- CIU Real de la actividad del establecimiento:	
4- Contacto:	
5- Teléfono:	
6- Mail:	
7- Cantidad Trabajadores Propios: Administrativos	
8- Cantidad Trabajadores Propios: Producción	
9- Cantidad de Trabajadores Empresas de Servicios Eventuales Administrativos:	
10- Cantidad de Trabajadores Empresas de Servicios Eventuales Producción:	
11- NUMERO DE FORMULARIO: *Dato a completar por ART MUTUAL RURAL	
12- Observaciones	
<b>INFORMACIÓN DE EMPRESAS CONTRATISTAS</b>	
13- CUIT:	
14- CIU:	
15- Cantidad de Trabajadores:	
<b>INFORMACIÓN DE EMPRESAS TERCERIZADAS</b>	
16- CUIT:	
17- CIU:	
18- Cantidad de Trabajadores:	
<b>INFORMACIÓN DE RESPONSABLE DE DATOS DEL REGISTRO</b>	
19- CUIL / CUIT:	
20- Firma en carácter de:	
21- Tipo profesional responsable	
<b>INFORMACIÓN DE RESPONSABLE DE HIGIENE Y SEGURIDAD</b>	
22- CUIL / CUIT:	
23- Matricula (Nro. Colegio /Profesional)	
24- Carácter	
25- Tipo profesional responsable	
26- Asignación de horas profesionales (mensuales)	



FECHA DEL INFORME:

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

<b>INFORMACIÓN DE RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO</b>	
27- CUIL / CUIT:	
28- Matricula (Nro. Colegio /Profesional)	
29- Carácter	
30- Tipo profesional responsable	
31- Asignación de horas profesionales (mensuales)	
<b>INFORMACIÓN DE PUESTOS Y SECTORES</b>	
32- PUESTO	
33- Descripción de la actividad del puesto afectado	
34- Sector	
35- CIU del sector	
<b>INFORMACIÓN DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS</b>	
36- ID del Establecimiento Declarado	
37- ID de sustancias	
38- Tipo de Agente	
39- Nombre Comercial	
40- Uso/Origen	
41- Modo de Empleo	
42- Puestos	
43- Cant. Trabajadores Expuestos x Agente y Puesto/Sector	
44- Cantidad Anual	
45- Unidad de Medida	
<b>INFORMACIÓN DE EXAMENES MÉDICOS</b>	
46- Tipo de examen médico	
<b>INFORMACIÓN DE ESTUDIOS AMBIENTALES ESPECÍFICOS</b>	
47- Frecuencia	
48- Metodología Empleada	
<b>INFORMACIÓN DE ESTUDIOS BIOLÓGICOS ESPECÍFICOS</b>	
49- Frecuencia	
50- Análisis clínicos y/o estudios complementarios específicos	



FECHA DEL INFORME:

 Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
 Superintendencia de Riesgos del Trabajo

INFORMACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN		
51- Medidas de prevención Implementadas ENUMERAR		
52- Información sobre riesgos para la salud	SI	NO
53- Capacitación sobre riesgos para la salud	SI	NO
54- Entrega Elementos de Protección Personal	SI	NO
55- EPP entregados		
56- Estudios y posibilidades de reemplazo de la sustancia		
INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL AGENTE HUMO DE TABACO AJENO		
57- ¿Cuenta con lugares cerrados donde se permita fumar?		
58- ¿Está permitido fumar en el lugar de trabajo conforme la normativa local?		
INFORMACIÓN DE PROVEEDORES DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS		
59- Sustancias		
60- Nombre Químico y comercial de la sustancia y/o producto provisto		
61- CUIT:		
INFORMACIÓN DE COMPRADORES DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS		
62- Sustancias		
63- Nombre Químico y comercial de la sustancia y/o producto provisto		
64- CUIT:		
INFORMACIÓN DE EQUIPOS RADIOLÓGICOS		
65- Marca		
66- Modelo		
67- Tipo		
68- Característica		
69- Tipo de Radiación emitida o generada		
70- Actividad (Curie)		
71- Radioisótopo de la Fuente		
72- Tipo de Fuente		
73- Observaciones		



FECHA DEL INFORME:

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

INFORMACIÓN DE POTENCIA - PARA EQUIPOS DE RAYOS X O ACELERADORES LINEALES									
74- Potencia - Volt Para equipos de Rayos X o Aceleradores Lineales									
75- Potencia - mAp Para equipos de Rayos X o Aceleradores Lineales									
76- Potencia - M eV Para equipos de Rayos X o Aceleradores Lineales									
INFORMACIÓN DE PROCESADO DE IMÁGENES DE LOS EQUIPOS									
77- Procesamiento Imágenes					SI		NO		
78- Método					Manual	Automático	Digital		
INFORMACIÓN DE MONITOREO DE DOSIMETRÍA									
79- Cantidad de Personal									
80- Tipo									
81- Método									
82- CUIT Empresa Responsable de Dosimetría									
INFORMACIÓN DE RESPONSABLES DE LA INSTALACIÓN/OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS									
83- CUIL									
84- Disposición / Nro. de Licencia Habilitante									
85- Dirección									
86- Fecha de Expedición									
87- Fecha de Vencimiento									
INFORMACIÓN DE RESPONSABLES DE USO DE LOS EQUIPOS									
88- CUIL									
89- Autorización individual									
90- Nro. de Permiso habilitante									
91- Matrícula Profesional									
92- Fecha de Expedición									
93- Fecha de Vencimiento									
INFORMACIÓN DE LOS ENCARGADOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA									
CUIL									
Título									
Matrícula Profesional									
Habilitación / Designación									
Licencia Especial por índole de la Tarea (Insalubridad)									
INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES EXPUESTO/ NO EXPUESTOS									
94- CUIL	95- Puesto	96- Sector	97- Establecimiento	98- Sustancias	99- CIUO-08	100- Actividad en el puesto	101- Fecha de Ingreso	102- Fecha de inicio de exposición	103- Fecha de fin de exposición

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

### INFORMACIÓN DE RESPONSABLE DE DATOS DEL REGISTRO

- 19- Número de CUIL o CUIT del responsable de la Declaración Jurada.
- 20- Cargo que ocupa en la empresa el responsable de los datos de la Declaración Jurada.
- 21- Identificador que hace referencia al tipo de responsable (registro de datos, HyS, etc.)

### INFORMACIÓN DE RESPONSABLE DE HIGIENE Y SEGURIDAD

- 22- Número de CUIL o CUIT del responsable de la Declaración Jurada.
- 23- Informar matrícula y Colegio Profesional del Responsable
- 24- Cargo que ocupa en la empresa el responsable de los datos de la Declaración Jurada.
- 25- Identificador que hace referencia al tipo de responsable (registro de datos, HyS, etc.)
- 26- Asignación de horas realizada por el responsable mensualmente

### INFORMACIÓN DE RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO

- 27- Número de CUIL o CUIT del responsable del Servicio de Medicina del Trabajo del establecimiento.
- 28- Indicar el número de matrícula profesional y entidad que la otorgó, del responsable del Servicio de Medicina del Trabajo del establecimiento.
- 29- Indicar si el Servicio de Medicina del Trabajo del establecimiento es interno o externo.
- 30- Identificador que hace referencia al tipo de responsable (registro de datos, HyS, etc.)
- 31- Asignación de horas realizada por el responsable mensualmente

### INFORMACIÓN DE PUESTOS Y SECTORES

- 32- ID que hace referencia al puesto de trabajo en la tabla de puestos de la SRT.
- 33- Descripción del puesto que está siendo afectado por alguna sustancia (no de todos los puestos).
- 34- Nombre del sector.
- 35- CIIU relacionado a la actividad del sector declarado.

### INFORMACIÓN DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS

- 36- Identificador único que hace referencia al establecimiento declarado en el que está presente la sustancias cancerígenas.
- 37- Identificación de la sustancia cancerígena de acuerdo al ANEXO I de la presente Resolución.
- 38- Tipo de agente de riesgo. Posibles valores: Según Tipo de Agente definido x Agente de Riesgo ESOP (campo 76) - FÍSICO - QUÍMICO - BIOLÓGICO
- 39- Nombre comercial del agente. Si no posee o no se comercializa, dejar en blanco.
- 40- Para las Radiaciones Ultravioleta, los agentes biológicos y Humo de Tabaco Ajeno no se debe informar. Uso u origen del agente de riesgo. Posibles valores: Comercialización - Aditivo - Desinfectante - Disolvente - Pigmento - Plastificante - Componente de Equipo Industrial - Componente de Equipo Médico - Ambiental - Originado en el Proceso Industrial - Uso Médico - Uso Farmacéutico - Uso Terapéutico - Uso Veterinario - Uso forense - Uso en Seguridad - Uso Investigación - Docencia - Energía Nuclear - Otros.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

## **INSTRUCTIVO**

### **DESCRIPCIÓN DE CADA ITEM**

1- Número de CUIT de la Empresa afiliada a MEOPP

### **INFORMACIÓN ESTABLECIMIENTO**

- 2- Numero asignado por la SRT cuando la Aseguradora da de alta el establecimiento. Número de identificación establecimiento empresa asignado por la SRT.
- 3- Indicar el código de actividad real del establecimiento de acuerdo al formulario F. 883 –Nomenclador de Actividades Económicas de inscripción de la AFIP.
- 4- Nombre completo de la persona a contactar en el establecimiento
- 5- Teléfono de referencia
- 6- Correo electrónico de referencia
- 7- Indicar la cantidad de trabajadores administrativos propios del empleador que desarrollan actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.
- 8- Indicar la cantidad de trabajadores de producción propios del empleador que desarrollan actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.
- 9- Indicar la cantidad de trabajadores administrativos de empresas, de servicios eventuales que desarrollan actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.
- 10- Indicar la cantidad de trabajadores de producción, de empresas de servicios eventuales que desarrollan actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.
- 11- Identificador que hace referencia a la versión correspondiente de un formulario único.
- 12- Descripción opcional

### **INFORMACIÓN DE EMPRESAS CONTRATISTAS**

- 13- Número de CUIT de la Empresa Contratista.
- 14- Indicar el código de actividad real de la actividad desarrollada por la empresa Contratista, de acuerdo al formulario F. 883 –Nomenclador de Actividades Económicas de inscripción de la AFIP.
- 15- Indicar la cantidad de trabajadores de la empresa Contratista que desarrolla actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.

### **INFORMACIÓN DE EMPRESAS TERCERIZADAS**

- 16- Número de CUIT de la empresa tercerizada.
- 17- Indicar el código de actividad real de la actividad desarrollada por la empresa tercerizada, de acuerdo al formulario F. 883 –Nomenclador de Actividades Económicas de inscripción de la AFIP.
- 18- Indicar la cantidad de trabajadores de la empresa tercerizada que desarrolla actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

- 41- Modo de Empleo. Posibles valores según caso de que se haya indicado en Uso/origen: Ambiental, éste ítem no debe completarse. Materia Prima - Producto intermedio - Producto Final - Almacenamiento - Medicamento - Comercialización - Fraccionamiento - Tratamiento / Diagnóstico - Desecho de producción - Pericial - Tratamiento - Diagnóstico - Mediciones - Control de Seguridad - Mantenimiento - Ventas - Aeronavegación - Minería - Otros
- 42- Se debe indicar el o los sectores donde se utiliza o hay presencia del agente de riesgo.
- 43- Campo calculado que indica la cantidad de trabajadores expuestos a cada Agente de Riesgo por Puesto / Sector.
- 44- Cantidad de producto utilizado anualmente. Según Uso/Origen: Componente de Equipo Industrial; Ambiental o Componente de Equipo Médico, éste ítem no debe completarse.
- 45- Unidad de Medida. Se indicará la unidad de medida de la cantidad de producto utilizado (Ton.; kg.; m3; lt.; etc.). Según Uso/origen: Componente de Equipo Industrial; Ambiental o Componente de Equipo Médico, éste ítem no debe completarse.

#### **INFORMACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS**

- 46- IDs que hacen referencia a los exámenes médicos llevados a cabo en relación a las sustancias declaradas

#### **INFORMACIÓN DE ESTUDIOS AMBIENTALES ESPECÍFICOS**

- 47- Frecuencia en la que se realiza el examen en cuestión
- 48- Examen - Metodología empleada en estos estudios

#### **INFORMACIÓN DE ESTUDIOS BIOLÓGICOS ESPECÍFICOS**

- 49- Frecuencia en la que se realiza el examen en cuestión
- 50- En caso de corresponder, indicar cuáles son los estudios que se realizan.

#### **INFORMACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN**

- 51- IDs que hacen referencia a las Medidas Prevención aplicadas en un puesto afectado.
- 52- Campo SI/NO para indicar si se le suministra al trabajador información sobre los riesgos para la salud del agente de riesgo utilizado.
- 53- Campo SI/NO para indicar si se realiza capacitación al trabajador sobre los riesgos para la salud del agente de riesgo utilizado.
- 54- Campo SI/NO para indicar si se le provee EPP al personal de acuerdo a la Res. SRT 299/11 en el puesto afectado
- 55- IDs que hacen referencia a los EPP entregados a los trabajadores en el puesto afectado.
- 56- Estudios y posibilidades de reemplazo de la sustancia

#### **INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL AGENTE HUMO DE TABACO AJENO**

- 57- Indicar si el establecimiento cuenta con espacios cerrados en los que se permita fumar.
- 58- Indicar si la legislación local permite fumar en el ámbito del trabajo.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

### **INFORMACIÓN DE PROVEEDORES DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS**

- 59- IDs que hacen referencia a las Sustancias Declaradas las cuales le provee a la empresa.
- 60- Denominación científica y nombre por el cual el fabricante registra el mismo a los fines de comercialización
- 61- Número de CUIT del Proveedor

### **INFORMACIÓN DE COMPRADORES DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS**

- 62- IDs que hacen referencia a las Sustancias Declaradas las cuales le compra a la empresa.
- 63- Denominación científica y nombre por el cual el fabricante registra el mismo a los fines de comercialización
- 64- Número de CUIT del Comprador

### **INFORMACIÓN DE EQUIPOS RADIOLÓGICOS**

- 65- Se indica la marca o fabricante del equipo.
- 66- Se indica modelo del equipo.
- 67- Se indica el tipo de equipo. Posibles valores: Equipo para gammagrafía, radiología, Fluoroscopio, angiografía, radioterapia, Acelerador lineal u Otros.
- 68- Característica de Equipo. Posibles valores: Fijo, Móvil o Portátil.
- 69- Indicar tipo de equipo. Posibles valores: – Alfa ,  $\beta$  - Beta , Y - Gamma, Rayos X, Neutrones, Radiación Ionizante o NORM, Radiación Ionizante - Cósmica
- 70- Actividad (Curie)
- 71- Radioisótopo de la Fuente.
- 72- Tipo de fuente. Posibles valores: Sellada o No Sellada.
- 73- Para aquellos equipos que por su especificidad requieran mayores datos para su caracterización, deberán indicarse en este campo.

### **INFORMACIÓN DE POTENCIA - PARA EQUIPOS DE RAYOS X O ACELERADORES LINEALES**

- 74- Potencia Equipo KVP
- 75- Potencia Equipo mAp
- 76- Potencia Equipo MeV

### **INFORMACIÓN DE PROCESADO DE IMÁGENES DE LOS EQUIPOS**

- 77- Campo SI/NO que indica si se realiza o no procesamiento de imágenes.
- 78- Método utilizado: Manual, Automático o Digital.

### **INFORMACIÓN DE MONITOREO DE DOSIMETRÍA**

- 79- Cantidad de personal a la que se le realiza dosimetría, se debe incluir al personal no propio que se le realice el monitoreo por dosimetría.
- 80- Tipo de dosimetría empleada: personal, ambiental, de área, etc.
- 81- Método de dosimetría empleada: film, termoluminiscencia (TLD), luminiscencia ópticamente estimulada (OSL) , etc.
- 82- Número de CUIT de la Empresa Responsable Dosimetría



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

### **INFORMACIÓN DE RESPONSABLES DE LA INSTALACIÓN/OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS**

83- CUIL del responsable.

84- Indicar Disposición / Nro. de Licencia Habilitante de acuerdo a la autoridad de aplicación otorgante: Ministerio de Salud y Desarrollo Social o Autoridad Regulatoria Nuclear, según corresponda y equipo o fuentes habilitadas.

85- Domicilio Habilitación

86- Fecha Expedición

87- Fecha Vencimiento

### **INFORMACIÓN DE RESPONSABLES DE USO DE LOS EQUIPOS**

88- CUIL del responsable.

89- Indicar Nro. de Autorización Individual de acuerdo a la autoridad de aplicación otorgante: Ministerio de Salud y Desarrollo Social o Autoridad Regulatoria Nuclear, según corresponda.

90- Indicar Nro. de Permiso Habilitante de acuerdo a la autoridad de aplicación otorgante: Ministerio de Salud y Desarrollo Social o Autoridad Regulatoria Nuclear, según corresponda y equipamiento o fuentes habilitadas.

91- Indicar Título y el Nro. de matrícula y entidad otorgante del Profesional Responsable de Uso.

92- Fecha Expedición

93- Fecha Vencimiento

### **INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES EXPUESTO/NO EXPUESTOS**

94- CUIL del trabajador

95- Se debe indicar el o los puestos donde se utiliza o hay presencia del agente de riesgo.

96- ID que referencia al sector declarado en al que pertenece el puesto en el que la persona en cuestión trabaja (relacionado al campo de arriba).

97- ID que referencia al establecimiento declarado en al que pertenece el trabajador (en el que también se encontraría el puesto/sector que se está informando).

98- Si el empleado está expuesto se indican los IDs que referencia a las sustancias a las que el trabajador está expuesto. Si la exposición tiene que ver con determinado Puesto/Sector/Establecimiento, indicarlo en conjunto a los campos anteriormente mencionados.

99- Clasificación del puesto de trabajo según la Clasificación Internacional Uniforme de Operaciones – 2008.

100- Se indica si su actividad en el puesto es permanente o no permanente.

101- Fecha en la que el trabajador ingreso a la empresa.

102- En caso de ser un empleado expuesto se indicará a partir de qué fecha comenzó su exposición a una sustancia de determinado puesto/sector/establecimiento/sustancia si tiene asociado alguno.

103- Se indicará la fecha de fin de exposición de un trabajador cuando ya no esté expuesto a una sustancia de determinado puesto/sector/establecimiento/sustancia si tiene asociado alguno.