




**TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES  
OCUPACIONALES INCIDENTES PELIGROSO Y OTROS  
INCIDENTES DE TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.**


Código: RRHH PR 01 01

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<b>Wendy Flores Muñoz</b> Asesor de SST	<b>Juan Carlos Gonzales</b> Administrador	<b>Jose Luis Rodriguez</b> Gerente General
1/08/2019	1/08/2019	1/08/2019

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 2 de 20

## CONTENIDO

1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. REFERENCIAS .....	3
4. DEFINICIONES .....	3
5. RESPONSABILIDADES .....	5
6. DESARROLLO .....	6
6.1 Incidente Peligroso e Incidente .....	6
6.2 Accidentes de Trabajo .....	7
6.3 Enfermedades Ocupacionales.....	12
6.4 Estadísticas .....	12
7. REGISTROS .....	13
8. DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	13
9. RESPONSABLES.....	13
10. HISTORICO .....	13
11. ANEXOS .....	14

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 3 de 20

## 1. OBJETIVO

Establecer el proceso de reporte, comunicación, y tratamiento (acciones correctivas y preventivas) de los accidentes, incidentes de trabajo e incidentes peligrosos, enfermedades ocupacionales que afecten al personal propio, contratista y/o del subcontratista de **TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.**

## 2. ALCANCE


- Será aplicable este procedimiento de gestión a aquellos accidentes que hayan producido daño para la salud del trabajador propio del contratista y/o del subcontratista de **TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.**
- Se aplicará además a la gestión de las enfermedades profesionales, su investigación de causas, declaración, etc.
- También a los incidentes que hubieran podido producir daños mayores, ya que esto permitirá identificar situaciones de riesgo desconocidas o infravaloradas hasta ese momento e implantar medidas correctoras para su control.

## 3. REFERENCIAS


- Ley N° 29783, ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- DS N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Ley N° 30222 que modifica la Ley N° 29783.
- DS N° 006-2014-TR, que modifica al DS N° 005-2012-TR.
- RM N° 050-2013-TR, Formatos Referenciales de los Registros Obligatorios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Ley 26790, Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud.

## 4. DEFINICIONES

- **Accidente de trabajo:** Es un suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo y que produce en el trabajador daños a la salud (una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte). Ejemplos: herida, fractura, quemadura.

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 4 de 20

- **Acto inseguro:** Es toda acción o práctica incorrecta ejecutada por el trabajador que puede causar un accidente.
- **Condición insegura:** Es toda condición en el entorno del trabajo que puede causar un accidente.
- **Enfermedad ocupacional:** Todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el colaborador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar y que haya sido determinado como enfermedad ocupacional por el Gobierno Nacional.
- **Incidente:** Es un acontecimiento no deseado, que su ocurrencia no genera ningún tipo de lesión a la persona, los daños a la propiedad, equipos o materiales está considerado un incidente.
- **Incapacidad Temporal:** es la reducción de carácter temporario parcial o total de la capacidad para el trabajo, conforme al médico que está evaluando al trabajador, causado por un accidente con alejamiento o con trabajo restringido.
- **Incapacidad Permanente:** Es la reducción de carácter permanente parcial o total de la capacidad para el trabajo, conforme parecer del médico que está evaluando al trabajador accidentado impidiendo así mismo el retornar a sus actividades normales.
- **Peligro:** Situación o característica intrínseca de algo capaz de ocasionar daños a las personas, equipos, procesos y ambiente.
- **Riesgo:** Es la probabilidad de ocurrencia de un evento. Ejemplo Riesgo de una caída, o el riesgo eléctrico. Las medidas de prevención y control tales como estandarización de procesos, sustitución de sustancias, suministro de elementos de protección personal, tienen como objetivo reducir el grado de riesgo.
- **Seguridad:** Son todas aquellas acciones y actividades que permiten al trabajador laborar en condiciones de no agresión tanto ambientales como personales para preservar su salud y conservar los recursos humanos y materiales.
- **Investigación de Accidentes e Incidentes:** Proceso de identificación de los factores, elementos, circunstancias puntos críticos que concurren para causar los accidentes e incidentes. La finalidad de la investigación es revelar la red de causalidad y de ese modo permite a la dirección del empleador tomar las acciones correctivas y prevenir la recurrencia de los mismos.
- **Son Considerados Incidentes Peligrosos:** Todos aquellos que se producen tras actividades que implican una exposición alta a peligros específicos que pueden causar accidentes laborales severos y en muchas ocasiones, pueden ser mortales:
  - Trabajos en Altura mayores de 1.8mts.

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 5 de 20

- Trabajos en espacios confinados
- Trabajos con equipos de elevación (grúas, tecles, plumas, montacargas, etc.)
- Trabajos con equipos eléctricos, trabajos en alta tensión y próximos a líneas de alta tensión (transformadores, tableros eléctricos, generadores, ascensores, etc.).
- Trabajos en caliente (soldadura eléctrica, autógena, etc.)
- Trabajos con sustancias peligrosas(fumigación),
- Cualquier Incidente que sea.


## 5. RESPONSABILIDADES

- **Gerente General:**

- Evaluar y aprobar en la implementación de medidas preventivas de control necesarias, así como en la evaluación de las prioridades de los planes de acción de la investigación de accidentes.
- Disponer de los recursos necesarios para realizar este procedimiento así como para la asistencia de atención necesaria del accidentado.
- Asegurar el envío la Notificación del accidente de muerte en un plazo de 24 horas a partir de la hora de ocurrencia.
- Verificar las acciones correctivas y preventivas del plan de acción de la investigación del accidente

- **Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo (CSST):**

- Recibe, da tratamiento y colabora con los responsables del área involucrada en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
- Notifica la ocurrencia de un incidente peligroso o accidente de trabajo mortal al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA) y asegura que las medidas correctivas/preventivas adoptadas de cumplan según el caso.
- Elabora, archiva y mantiene a disposición los registros de incidentes, incidentes peligrosos accidentes de trabajo investigados.
- Verifica las medidas correctivas/preventivas que se implementaron a raíz de los incidentes, incidentes peligrosos o accidentes de trabajo investigados.
- Analiza las causas y estadísticas de los incidentes peligrosos, accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales emitiendo las recomendaciones respectivas para evitar su repetición, así como también verifican el cumplimiento de la implementación de las recomendaciones y evalúan su eficacia.

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 6 de 20


- Reportar a la Gerencia lo siguiente:
  - o Accidente mortal o incidente peligroso, de manera inmediata.
  - o La investigación de cada accidente mortal y las medidas correctivas adoptadas dentro de los 72 (3) días de ocurrido.
  - o Los reportes mensuales de estadísticas de accidentes, incidentes y enfermedades ocupacionales.
- **Área de Recursos Humanos:**
  - Gestionar a todo colaborador la cobertura de salud desde el primer día que empieza el vínculo laboral para poder ser atendido en caso de sufrir un accidente de trabajo.
  - Dar aviso del accidente de trabajo a la familia del colaborador accidentado en el menor tiempo posible.
  - Dar la orientación correspondiente a la familia para garantizar el cumplimiento de los trámites correspondientes.
  - Gestionar la atención médica correspondiente del colaborador accidentado, de ser el caso.
- **Trabajador:**
  - Reportar al Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo, todos los sucesos como incidentes, incidentes peligrosos o accidentes de trabajo o enfermedad ocupacional.
  - Cuando se requiera, el trabajador deberá colaborar y testificar en el proceso de investigación de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, considerando que dicha información ayudara en el esclarecimiento de las causas que lo originaron.

## 6. DESARROLLO

### 6.1 Incidente Peligroso e Incidente

#### a) Generalidades

- El personal propio o tercero que sufra o sea testigo de un incidente, avisa de forma inmediata a su coordinador o jefe inmediato.
- El personal que sufra o sea testigo de un incidente, registra los datos del suceso en el formato anexo n° 1 (*Registro de Incidentes Peligrosos e Incidentes*), de los puntos 11 al 28.
- Mediante correo electrónico comunica al Supervisor de SST sobre el suceso ocurrido, adjuntando a este último el Formato anexo n° 1 (*Registro de Incidentes Peligrosos e Incidentes*), con los datos completos, adjuntando fotos y/o videos.

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 7 de 20

- El Supervisor de SST tomando la información recibida realiza la investigación del incidente mediante la entrevista a el (los) testigo(s) del suceso, observación del lugar del incidente (de ser posible) y entrevista al colaborador involucrado en el incidente, para ello podrá utilizar el formato anexo n° 4 (*Declaración de testigo de accidente o incidente*).
- El plazo de la investigación de un incidente peligroso o incidente no debe exceder a los dos (2) días hábiles posteriores a la ocurrencia del hecho.
- El Supervisor de SST, terminado la investigación, completa los datos del formato anexo n° 1 (*Registro de Incidentes Peligrosos e Incidentes*), que fue brindado por el afectado o testigo del suceso.

#### **b) Difusión del Incidente peligroso**

- La difusión de los incidentes peligrosos ocurridos en la empresa será a través del anexo n° 5 (*Alerta de Seguridad*).
- El plazo de la difusión de un incidente peligroso o incidente no debe exceder a los siete (7) días hábiles posteriores a la ocurrencia del hecho.
- Los canales a utilizar para la difusión son:
  - Intranet
  - Correo electrónico
  - Periódico Mural


### **6.2 Accidentes de Trabajo**

#### **a) Aviso de accidentes**

- El personal propio o tercero que sufra o sea testigo de un accidente, avisa de forma inmediata a su coordinador o jefe inmediato.
- A aquellos accidentados de trabajo que haya sido considerado graves o muy graves, se trasladara a emergencia de la clínica mas cercana con la Ficha SCTR de atención el cual debe contar con físico en el area de trabajo.
- Si el aviso corresponde a un accidente de trabajo mortal, se procede completar el formulario N° 1 (MINTRA) con los datos del empleador. Este formulario deberá ser entregado como plazo máximo a las 24 horas de ocurrido el accidente

#### **b) Investigación de un Accidente de Trabajo**

- La investigación de un accidente de trabajo se llevara a cabo por un equipo multidisciplinario, para ello se utilizara el formato del anexo n° 2 (*Registro de Accidentes de Trabajo*).
- La investigación debería ser iniciada dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el evento.

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 8 de 20

- Las personas que deberían participar en la investigación son:
  - El Supervisor de SST.
  - El trabajador accidentado (si procediera).
  - Testigos.
  - Todo aquel que tuviera algo que aportar.

### c) Método de Investigación

El método (Modelo de Causalidad de Perdidas) de investigación que se describe a continuación está orientado a la obtención, ordenamiento y registro de toda la información relacionada con el evento y consta de las siguientes etapas:

- Recopilación y revisión de información.
- Determinación de los hechos.
- Inspección del sitio del evento.
- Entrevistas.
- Estudios/consultas especializadas (si correspondiera).
- Identificación de factores iniciadores y posibles causas raíces.
- Identificación de consecuencias potenciales.


#### ▪ Recopilación y revisión de información básica

La información básica, que debe ser obtenida y revisada, puede incluir, sin estar limitado a ello, los siguientes documentos, según corresponda:

- Horario de trabajo.
- Procedimiento para la ejecución de la actividad involucrada en el evento.
- Planos de instalación y diagramas de flujo.
- Plan de Contingencias del sitio.
- Registro de Incidentes y Accidentes y de las Acciones Correctivas y Preventivas asociadas.
- Registros de Capacitación del sector. Registros de instrucciones, o charlas dadas al personal de la Contratista para la ejecución de la actividad.
- Partes diarios, registros de Órdenes de Servicio/Notas de pedido.
- Minutas del Grupo de Gestión
- Programa de Gestión.

Esta información debe ser analizada por los miembros del Equipo y en lo posible, elaborar una lista de verificación para identificar desviaciones durante la visita de campo.



	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 9 de 20

#### ▪ **Determinación de los hechos**

La determinación de los hechos puede abarcar hasta cuatro (4) áreas de interés:


- Personal.
- Ambiente de trabajo.
- Equipos.
- Procedimientos.

En aquellas áreas que el Equipo considere relevante para la investigación se deben establecer las condiciones al momento del evento, así como cambios que pudieran haber afectado la seguridad del proceso y no se encuentren reflejados en la información básica. Asimismo, pueden considerarse los ciclos de trabajo, cambios de turno y niveles de estrés que pudieran afectar el comportamiento individual. Esta primera etapa está orientada a la recopilación de hechos relacionados con los actos y condiciones inseguras y por lo tanto con las causas inmediatas del evento. Al finalizar esta etapa, debería ser posible conocer detalles como:

- Descripción precisa, incluyendo la cronología del evento.
- Descripción de las condiciones meteorológicas al momento del evento.
- Descripción de las operaciones que se realizaban al momento del evento.
- Ubicación del personal clave y su participación en los hechos.
- Descripción de instrucciones e instrumentos para la ejecución de la actividad.
- Identificación del proceso y de los flujos de productos y energía.
- Identificación de desviaciones operacionales.
- Equipo en servicio y posibles fallas.
- Identificar cambios que pudieron impactar la seguridad del proceso, incluyendo personal, procedimientos, equipos o condiciones operacionales del proceso.
- Evaluación del adiestramiento y capacidades del personal.
- Identificación de factores influyentes relacionados con drogas o alcohol.
- Acciones tomadas para limitar las consecuencias y efectividad del plan de Contingencias puesto en práctica.
- Condiciones establecidas en el permiso de trabajo.
- Elaboración de un reporte de daños.

#### ▪ **Inspección del sitio del evento**

Se debe procurar la identificación de evidencias y testigos en el sitio del evento, así como la reconstrucción (si fuese posible) de las condiciones de operación, ubicación del personal, condiciones de trabajo (iluminación, temperatura, ventilación, etc.) y procedimiento seguido

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 10 de 20

para ejecutar la tarea que originó el evento. Dependiendo de las instalaciones involucradas se verificarán hechos como:

- Ubicación de equipos en relación con otros equipos y facilidades.
- Posición de válvulas, discos ciegos, puntos de ajuste de válvulas de seguridad e instrumento de control, interruptores, registro en libro de operaciones y mantenimiento, etc.
- Evidencias de daños por temperatura o sobrepresión.
- Evidencias de congestionamiento de áreas de evacuación.
- Iluminación, visibilidad, audibilidad e identificación de señales y alarmas.
- Ubicación de testigos.
- Evidencias de derrames o escapes de gas o sustancias peligrosas.
- Evidencias de esfuerzos.
- Presencia de personal no autorizado.
- Evidencias de cualquier otra condición insegura.

#### ▪ **Entrevistas**


El equipo de investigación deberá elaborar una lista de personas a entrevistar, donde aparte de incluir testigos del evento, podrá citar a supervisores, personal de las empresas Contratistas y responsables de la del área afectada. Se deberán realizar entrevistas individuales y en lo posible con un cuestionario previo preparado por el Equipo de Investigación. También se podrá utilizar el formato anexo N° 4 (*Declaración de Testigo de Incidente y/o Accidente*).

#### ▪ **Estudios y consultas especializadas**

La investigación de eventos que involucren fallas de equipos o múltiples fuentes de escape/ignición, puede ser asistida por estudios especializados de materiales, incendios, explosiones o fallas humanas que permitan determinar el origen de la falla y las relaciones entre éste y las respuestas de los sistemas de control, incluyendo el operacional. El Equipo de Investigación será el que decida sobre la necesidad de dichos estudios y solicitará los recursos a la Gerencia afectada.

#### ▪ **Factores iniciadores y posibles causas raíces**

Una vez obtenida la información precedente el Equipo de Investigación deberá focalizar su esfuerzo en determinar los eventos iniciadores y las posibles causas raíces.

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 11 de 20

▪ **Potencial de consecuencias**

El equipo de investigación evaluará separadamente las consecuencias potenciales del evento en términos de: daños al personal, daños materiales y daños al ambiente. Esto permitirá identificar otros riesgos a considerar en la aplicación de Acciones Correctivas y Preventivas.


**d) Contenido del Informe Escrito**

En lo posible, dentro de las 72 horas luego de ocurrido el evento, debe finalizar la investigación y debe prepararse un reporte final que incluya, sin estar limitado a ello:

- Fecha, hora, lugar y clasificación del evento.
- Desarrollo de la investigación.
- Metodología de la Investigación.
- Descripción del evento.
- Acciones que sucedieron al evento.
- Lesionados (clasificación de accidentes, datos personales de accidentados, tipo de lesión, etc.).
- Daños materiales.
- Impacto en las operaciones.
- Daños ambientales.
- Pérdidas económicas.
- Reclamos y denuncias legales.
- Causas directas e indirectas y factores desencadenantes.
- Consecuencias potenciales del evento.
- Conclusiones.
- Acciones Correctivas y Preventivas propuestas.

**e) Alertas de Seguridad de Accidentes de Trabajo**

- Una alerta de seguridad es un aviso urgente para la organización sobre el riesgo de seguridad. Basado en la investigación del accidente, que acontecieron recientemente.
- Una alerta de seguridad es un aviso urgente para la organización sobre el riesgo de seguridad. Basado en la investigación del accidente, que acontecieron recientemente.
- La difusión de los accidentes de trabajo ocurridos en la empresa será a través de formato anexo n° 5 (*Alerta de Seguridad*).
- Todas las alertas de seguridad deben ser discutidas antes de su difusión en las reuniones mensuales entre el supervisor y la administración.

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 12 de 20

- La información de los eventos a difundir será enviada por el Comité de SST a todos los involucrados.
- Los canales a utilizar para la difusión son:
  - Intranet
  - Correo electrónico
  - Periódico Mural

### 6.3 Enfermedades Ocupacionales

#### a) Comunicación de Potencial Enfermedad Ocupacional

- El personal que presente síntomas de una potencial enfermedad ocupacional lo comunica a su jefe inmediato.
- El jefe inmediato comunica al Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante correo electrónico indicando los siguientes:
  - Nombre completo, cargo y género del colaborador afectado
  - Lugar en que labora actualmente.
  - Breve descripción de los síntomas referidos por el colaborador.
  - El colaborador afectado debe ser derivado al Servicio de Salud Ocupacional, para que sea evaluado y se determine si se trata de una enfermedad ocupacional.

#### b) Investigación de Enfermedad Ocupacional

- La investigación se llevará a cabo por el Médico Ocupacional de la Empresa.
- El plazo de la investigación no debe exceder a los 20 días hábiles posteriores a la ocurrencia del hecho.

#### c) Estadísticas

- Teniendo como data de entrada la Base de Datos de Incidentes, Accidentes y Enfermedades Ocupacionales, se genera mensualmente el índice de acciones correctivas de accidente, índice de frecuencia de accidentes e índice de gravedad de accidentes de la Empresa.
- La estadística es reportada al Gerente General, mediante el informe mensual a la Gerencia General.



## 7. REGISTROS

- Todos los Avisos de Incidentes peligrosos e incidentes, respectivamente con sus reportes y investigación de Incidentes peligros e incidentes, deberán ser archivados físicamente y electrónicamente por un periodo de 10 años posteriores al suceso.
- Todos los Avisos de Accidentes, respectivamente con sus reportes e investigación de Accidentes, deberán ser archivados físicamente y electrónicamente por un periodo de 10 años posteriores al suceso.
- Todos los Avisos de Enfermedades Ocupacionales, respectivamente con sus reportes e investigación de Enfermedades Ocupacionales, deberán ser archivados físicamente y electrónicamente por un espacio de 20 años posteriores al suceso.

## 8. DOCUMENTOS RELACIONADOS


Ninguno

## 9. RESPONSABLES

Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo


## 10. HISTORICO


FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN
15/01/2018	Inicio de la documentación	01

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 14 de 20


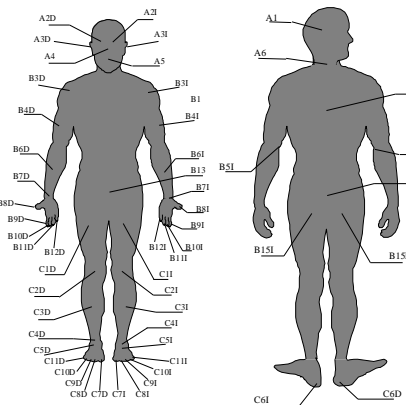
## 11. ANEXOS

Anexo 01: PR01 FR 01 01 Registro de incidentes peligrosos e incidentes.

		<b>REGISTRO DE INCIDENTES PELIGROSOS E INCIDENTES</b>				<b>Código:</b> PR01 FR 01 01	
						<b>Fecha Emisión:</b> 15/01/2018	
<b>N° REGISTRO:</b>		<b>FECHA:</b>					
<b>DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:</b>							
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)			TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL	
TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.	20601405661	Av. Juan de Aliaga N° 425 Int. 601, Magdalena del Mar				10	
Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:							
<b>DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:</b>							
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)			TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL	
<b>DATOS DEL TRABAJADOR (A):</b> Completar sólo en caso que el incidente afecte a trabajador(es).							
<b>APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR:</b>					<b>N° DNI/CE</b>	<b>EDAD</b>	
<b>ÁREA</b>	<b>PUESTO DE TRABAJO</b>	<b>ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO</b>	<b>SEXO F/M</b>	<b>TURNO D/T/N</b>	<b>TIPO DE CONTRATO</b>	<b>TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO</b>	<b>N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del suceso)</b>
<b>INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE</b>							
MARCAR CON (X) SI ES INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE							
INCIDENTE PELIGROSO				INCIDENTE			
N° TRABAJADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS				DETALLAR TIPO DE ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS (DE SER EL CASO)			
N° POBLADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS							
FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE		FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN		LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO			
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	
<b>DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE</b>							
Describa solo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada. <b>Adjuntar:</b> - Declaración del afectado, de ser el caso. - Declaración de testigos, de ser el caso. - Procedimientos, planos, registros, entre otros que ayuden a la investigación de ser el caso.							
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE</b>							
Cada empresa, entidad pública o privada puede adoptar el modelo de determinación de las causas que mejor se adapte a sus características.							
1.-							
2.-							
3.-							
4.-							
5.-							
<b>MEDIDAS CORRECTIVAS</b>							
DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA A IMPLEMENTARSE PARA ELIMINAR LA CAUSA Y PREVENIR LA RECURRENCIA		RESPONSABLE		FECHA DE EJECUCIÓN		Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)	
				DÍA	MES	AÑO	
1.-							
2.-							
3.-							
4.- SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO							TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.
5.-							
<b>RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN</b>							
Nombre		Cargo		Fecha		Firma	

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 15 de 20

Anexo 02: PR01 FR 02 01 Registro de accidentes de Trabajo.

	<b>REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO</b>				Código: PR01 FR 02 01																																																																																														
					Fecha Emisión: 15/01/2018																																																																																														
<b>N° REGISTRO</b>				<b>FECHA:</b>																																																																																															
<b>DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:</b>																																																																																																			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC		DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)		TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA																																																																																													
TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.		20601405661		Av. Juan de Aliaga N° 425 Int. 601, Magdalena del Mar																																																																																															
						N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL																																																																																													
						10																																																																																													
<b>COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO</b>																																																																																																			
N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR		N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR		NOMBRE DE LA ASEGURADORA																																																																																															
Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:																																																																																																			
<b>DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:</b>																																																																																																			
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC		DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)		TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA																																																																																													
<b>COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO</b>																																																																																																			
N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR		N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR		NOMBRE DE LA ASEGURADORA																																																																																															
<b>DATOS DEL TRABAJADOR:</b>																																																																																																			
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO:				N° DNI/CE		EDAD																																																																																													
ÁREA	PUESTO DE TRABAJO	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO	SEXO F/M	TURNO D/T/N	TIPO DE CONTRATO	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE	N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del accidente)																																																																																												
<b>INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO</b>																																																																																																			
FECHA Y HORA DE CURRENCIA DEL ACCIDENTE				FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN																																																																																															
LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE																																																																																																			
DÍA				MES																																																																																															
AÑO				AÑO																																																																																															
MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO				MARCAR CON (X) GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO)																																																																																															
ACCIDENTE LEVE				ACCIDENTE INCAPACITANTE																																																																																															
MORTAL				TOTAL TEMPORAL																																																																																															
				PARCIAL TEMPORAL																																																																																															
				PARCIAL PERMANENTE																																																																																															
				TOTAL PERMANENTE																																																																																															
				N° DÍAS DE DESCANSO MÉDICO																																																																																															
				N° DE TRABAJADORES AFECTADOS																																																																																															
<b>DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso):</b>				<b>TIPO DE LESIÓN</b>																																																																																															
				<table border="1"> <tr> <td>Cráneo</td> <td>Pulmón</td> <td>Contusión (golpe)</td> <td>Fractura</td> </tr> <tr> <td>Frente</td> <td>Costillas</td> <td>Estiramiento</td> <td>Amputación</td> </tr> <tr> <td>Rostro</td> <td>Abdomen</td> <td>Esguince</td> <td>Enfermedad</td> </tr> <tr> <td>Ojo</td> <td>Espalda superior</td> <td>Abrasión</td> <td>Otros (Especificar)</td> </tr> <tr> <td>Nariz</td> <td>Espalda media</td> <td>Laceración</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Boca</td> <td>Espalda inferior</td> <td>Perforación</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dientes</td> <td>Nalga</td> <td>Cuerpo Extraño</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Barbilla/ Mentón</td> <td>Pelvis</td> <td>Quemadura Térmica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cuello</td> <td>Ingle</td> <td>Quemadura Química</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Clavícula</td> <td>Pierna</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hombro</td> <td>Cadera</td> <td colspan="2"><b>TIPO DE CONTACTO</b></td> </tr> <tr> <td>Brazo</td> <td>Rodilla</td> <td>Golpeado por</td> <td>Ruido</td> </tr> <tr> <td>Codo</td> <td>Pantorrilla</td> <td>Golpeado contra</td> <td>Sust. Tóxicas</td> </tr> <tr> <td>Antebrazo</td> <td>Tobillo</td> <td>Atrapado dentro</td> <td>Objetos extraños</td> </tr> <tr> <td>Muñeca</td> <td>Pierna</td> <td>Atrapado sobre</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mano</td> <td>Dedos pie</td> <td>Atrapado entre</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pulgar 1</td> <td></td> <td>Resbalón</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dedo 2</td> <td></td> <td>Caida libre a desnivel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dedo 3</td> <td></td> <td>Caida a un nivel inferior</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dedo 4</td> <td></td> <td>Sobre esfuerzo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dedo 5</td> <td></td> <td>Contacto con electricidad</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pecho</td> <td></td> <td>Temperaturas extremas</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Acústicos / Ácidos</td> <td></td> </tr> </table>				Cráneo	Pulmón	Contusión (golpe)	Fractura	Frente	Costillas	Estiramiento	Amputación	Rostro	Abdomen	Esguince	Enfermedad	Ojo	Espalda superior	Abrasión	Otros (Especificar)	Nariz	Espalda media	Laceración		Boca	Espalda inferior	Perforación		Dientes	Nalga	Cuerpo Extraño		Barbilla/ Mentón	Pelvis	Quemadura Térmica		Cuello	Ingle	Quemadura Química		Clavícula	Pierna			Hombro	Cadera	<b>TIPO DE CONTACTO</b>		Brazo	Rodilla	Golpeado por	Ruido	Codo	Pantorrilla	Golpeado contra	Sust. Tóxicas	Antebrazo	Tobillo	Atrapado dentro	Objetos extraños	Muñeca	Pierna	Atrapado sobre		Mano	Dedos pie	Atrapado entre		Pulgar 1		Resbalón		Dedo 2		Caida libre a desnivel		Dedo 3		Caida a un nivel inferior		Dedo 4		Sobre esfuerzo		Dedo 5		Contacto con electricidad		Pecho		Temperaturas extremas				Acústicos / Ácidos	
Cráneo	Pulmón	Contusión (golpe)	Fractura																																																																																																
Frente	Costillas	Estiramiento	Amputación																																																																																																
Rostro	Abdomen	Esguince	Enfermedad																																																																																																
Ojo	Espalda superior	Abrasión	Otros (Especificar)																																																																																																
Nariz	Espalda media	Laceración																																																																																																	
Boca	Espalda inferior	Perforación																																																																																																	
Dientes	Nalga	Cuerpo Extraño																																																																																																	
Barbilla/ Mentón	Pelvis	Quemadura Térmica																																																																																																	
Cuello	Ingle	Quemadura Química																																																																																																	
Clavícula	Pierna																																																																																																		
Hombro	Cadera	<b>TIPO DE CONTACTO</b>																																																																																																	
Brazo	Rodilla	Golpeado por	Ruido																																																																																																
Codo	Pantorrilla	Golpeado contra	Sust. Tóxicas																																																																																																
Antebrazo	Tobillo	Atrapado dentro	Objetos extraños																																																																																																
Muñeca	Pierna	Atrapado sobre																																																																																																	
Mano	Dedos pie	Atrapado entre																																																																																																	
Pulgar 1		Resbalón																																																																																																	
Dedo 2		Caida libre a desnivel																																																																																																	
Dedo 3		Caida a un nivel inferior																																																																																																	
Dedo 4		Sobre esfuerzo																																																																																																	
Dedo 5		Contacto con electricidad																																																																																																	
Pecho		Temperaturas extremas																																																																																																	
		Acústicos / Ácidos																																																																																																	
<b>PERDIDA ESTIMADA (S/.)</b>																																																																																																			
<input type="checkbox"/> < 1000 <input type="checkbox"/> 1000 Hasta 10000 <input type="checkbox"/> 10000 Hasta 100000 <input type="checkbox"/> 100000 Hasta M <input type="checkbox"/> > 1 M																																																																																																			
<b>DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO</b>																																																																																																			
<div style="height: 100px; border: 1px solid black;"></div>																																																																																																			



**TRATAMIENTO DE ACCIDENTES,  
ENFERMEDADES OCUPACIONALES,  
INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS  
INCIDENTES**

Código: RRHH PR 01 01

Fecha: 15/01/2018

Página 16 de 20





# TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES

Código: RRHH PR 01 01

Fecha: 15/01/2018

Página 17 de 20

Se adjunta la siguiente información			
Declaración Afectado/Testigo	<input type="checkbox"/>	Croquis / Planos	<input type="checkbox"/>
Permiso de trabajo	<input type="checkbox"/>	Procedimientos / Planes	<input type="checkbox"/>
Fotografías	<input type="checkbox"/>	Otros especificar	<input type="checkbox"/>
Registro de entrenamiento	<input type="checkbox"/>	Instrucción inicial / Formal	<input type="checkbox"/>
Registro de Mantenimiento	<input type="checkbox"/>	Reporte Médico	<input type="checkbox"/>

AGENTES O ELEMENTOS MATERIALES DEL ACCIDENTE	
<b>FUENTE O ACTIVIDAD DURANTE EL ACCIDENTE</b>	<b>ANÁLISIS DEL TIPO DE CONTACTO</b>
<input type="checkbox"/> Operación de maquinaria	<input type="checkbox"/> Golpeado contra
<input type="checkbox"/> Operación de herramienta o equipo manual	<input type="checkbox"/> Tropezado con
<input type="checkbox"/> Trabajos de armadura o montaje	<input type="checkbox"/> Chocado con
<input type="checkbox"/> Trabajos de revisión, mantenimiento y reparación	<input type="checkbox"/> Golpeado por objetos sin movimiento
<input type="checkbox"/> Tránsito de domicilio al trabajo	<input type="checkbox"/> Caída de un nivel interior
<input type="checkbox"/> Tránsito del trabajo al domicilio	<input type="checkbox"/> Caída a un mismo nivel
<input type="checkbox"/> Comisión de servicios	<input type="checkbox"/> Resbalón y caída
<input type="checkbox"/> Trabajos de oficina	<input type="checkbox"/> Volcarse
<input type="checkbox"/> Trabajos de supervisión	<input type="checkbox"/> Atrapado puntos de compresión
<input type="checkbox"/> Otras actividades no clasificadas	<input type="checkbox"/> Atrapado puntos de apriete
<input type="checkbox"/> Trabajos de vigilancia	<input type="checkbox"/> Cogido en
<input type="checkbox"/> Otros (Especificar) _____	<input type="checkbox"/> Agarrado en
	<input type="checkbox"/> Colgado en
	<input type="checkbox"/> Cogido entre
	<input type="checkbox"/> Contacto con electricidad
	<input type="checkbox"/> Contacto con calor
	<input type="checkbox"/> Contacto con frío
	<input type="checkbox"/> Contacto con radiaciones
	<input type="checkbox"/> Contacto con producto caustico
	<input type="checkbox"/> Contacto con producto tóxicos
	<input type="checkbox"/> Contacto con exposición y ruido
	<input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo físico
	<input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo de trabajo
	<input type="checkbox"/> sobre esfuerzo mental
	<input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____

ANÁLISIS CAUSAL	
CAUSAS INMEDIATAS	
<b>Acto Subestandar</b>	<b>Condición Subestandar</b>
<input type="checkbox"/> Operar un equipo sin autorización/ Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Protección y barreras inadecuadas
<input type="checkbox"/> Falla al advertir	<input type="checkbox"/> EPP inadecuado e impropio
<input type="checkbox"/> Falla al asegurar	<input type="checkbox"/> Herramientas / Equipo / Materiales defectuosos
<input type="checkbox"/> Operar a velocidad inadecuada	<input type="checkbox"/> Sistema de inadvertencia inadecuado
<input type="checkbox"/> Hacer inoperables los dispositivos de seguridad	<input type="checkbox"/> Área de trabajo sobre poblada/ Restringida
<input type="checkbox"/> Remover dispositivos de seguridad	<input type="checkbox"/> Peligro de explosión y/o incendio
<input type="checkbox"/> Uso de equipo defectuoso	<input type="checkbox"/> Orden y limpieza deficiente
<input type="checkbox"/> Uso de equipo inapropiado	<input type="checkbox"/> Peligro medioambiental
<input type="checkbox"/> Falla al usar EPP	<input type="checkbox"/> Exposición a ruido
<input type="checkbox"/> Descarga inadecuada	<input type="checkbox"/> Exposición a temperaturas extremas
<input type="checkbox"/> Almacenamiento inadecuado	<input type="checkbox"/> Exposición a radiación
<input type="checkbox"/> Posición de tarea inadecuada	<input type="checkbox"/> Iluminación inadecuada o excesiva
<input type="checkbox"/> Mantenimiento de equipo en operación	<input type="checkbox"/> Ventilación inadecuada
<input type="checkbox"/> Bromas	<input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____
<input type="checkbox"/> No seguir los procedimientos	
<input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____	


CAUSAS BÁSICAS	
<b>Factores Personales</b>	<b>Factores de Trabajo</b>
<input type="checkbox"/> Capacidad física/ Fisiológica inadecuada	<input type="checkbox"/> Liderazgo/ Supervisión inadecuada
<input type="checkbox"/> Capacidad mental/ Psicológica inadecuada	<input type="checkbox"/> Ingeniería inadecuada
<input type="checkbox"/> Tensión física o fisiológica	<input type="checkbox"/> Adquisición inadecuada
<input type="checkbox"/> Tensión mental o psicológica	<input type="checkbox"/> Mantenimiento inadecuado
<input type="checkbox"/> Falta de conocimiento	<input type="checkbox"/> Herramientas/ Equipos inadecuados
<input type="checkbox"/> Falta de habilidad	<input type="checkbox"/> Estándares de trabajo inadecuados
<input type="checkbox"/> Motivación inadecuada	<input type="checkbox"/> Uso o desgaste excesivo
<input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Abuso o maltrato
	<input type="checkbox"/> Diseño ergonómico inadecuado
	<input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____

DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE DE TRABAJO	
Cada empresa o entidad pública o privada, puede adoptar el modelo de determinación de causas, que mejor se adapte a sus características y debe adjuntar al presente formato el desarrollo de la misma.	
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	


MEDIDAS CORRECTIVAS					
DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN			Completar ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)
		DÍA	MES	AÑO	
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					


RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN			
Nombre:	Cargo:	Fecha:	Firma:

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.


	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 18 de 20


**Anexo 03: PR01 FR 03 01 Registro de enfermedades ocupacionales.**

	<b>REGISTRO DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES</b>				Código: PR01 FR 03 01													
					Fecha Emisión: 15/08/2018													
<b>N° REGISTRO:</b>				<b>FECHA:</b>														
<b>DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:</b>																		
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)		TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA		N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL											
TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.		20601405661	Av. Juan de Aliaga N° 425 Int. 601, Magdalena del Mar				10											
AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO					LINEAS DE PRODUCCIÓN Y/O SERVICIOS												
	N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA															
Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:																		
<b>DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:</b>																		
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)		TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA		N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL											
AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO					LINEAS DE PRODUCCIÓN Y/O SERVICIOS												
	N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA															
<b>DATOS REFERENTES A LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL</b>																		
TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL 1)	N° ENFERMEDADES OCUPACIONALES PRESENTADAS EN CADA MES POR TIPO DE AGENTE												NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	PARTE DEL CUERPO O SISTEMA DEL TRABAJADOR AFECTADO	N° TRAB. AFECTADOS	ÁREAS	N° DE CAMBIOS DE PUESTOS GENERADOS DE SER EL CASO	
	AÑO:																	
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D						
<b>TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES</b>																		
<b>FÍSICO</b>		<b>QUÍMICO</b>		<b>BIOLÓGICO</b>		<b>DISERGONÓMICO</b>		<b>PSICOSOCIALES</b>										
Ruido	F1	Gases	Q1	Virus	B1	Manipulación inadecuada de carga	D1	Hostigamiento psicológico	P1									
Vibración	F2	Vapores	Q2	Bacilos	B2	Diseño de puesto inadecuado	D2	Estrés laboral	P2									
Iluminación	F3	Neblinas	Q3	Bacterias	B3	Posturas inadecuadas	D3	Turno rotativo	P3									
Ventilación	F4	Rocio	Q4	Hongos	B4	Trabajos repetitivos	D4	Falta de comunicación y entrenamiento.	P4									
Presión alta o baja	F5	Polvo	Q5	Parásitos	B5	Otros, indicar	D5	Autoritarismo	P5									
Temperatura (Calor o frío)	F6	Humos	Q6	Insectos	B6			Otros, indicar	P6									
Humedad	F7	Líquidos	Q7	Roedores	B7													
Radiación en general	F8	Otros, indicar	Q8	Otros, indicar	B8													
Otros, indicar	F9																	
<b>DETALLE DE LAS CAUSAS QUE GENERAN LAS ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR TIPO DE AGENTE</b>																		
Adjuntar documento en el que consten las causas que generan las enfermedades ocupacionales y adicionalmente indicar una breve descripción de las labores desarrolladas por el trabajador antes de adquirir la enfermedad.																		
<b>COMPLETAR SÓLO EN CASO DE EMPLEO DE SUSTANCIAS CANCERIGENAS (Ref. D.S. 039-93-PCM / D.S. 015-2005-SA)</b>																		
<b>RELACIÓN DE SUSTANCIAS CANCERIGENAS</b>										<b>SE HAN REALIZADO MONITOREOS DE LOS AGENTES PRESENTES EN EL AMBIENTE (SI/NO)</b>								
1.-										1.-								
2.-										2.-								
3.-										3.-								
4.-										4.-								
5.-										5.-								
<b>MEDIDAS CORRECTIVAS</b>																		
DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA										RESPONSABLE		FECHA DE EJECUCIÓN			Completar el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)			
												DÍA MES AÑO						
1.-																		
2.-																		
3.-																		
4.-																		
5.-																		
<b>RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN</b>																		
Nombre:										Cargo:					Fecha:		Firma:	
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.																		


	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 19 de 20

**Anexo 04: PR01 FR 04 01 Declaración de testigo del Accidente**

		<b>DECLARACION DE TESTIGO DEL ACCIDENTE</b>		<b>Código:</b> PR01 FR 04 01 <b>Fecha Emisión:</b> 15/01/2018			
<b>FECHA DE ACCIDENTE:</b>		<b>FECHA DE DECLARACION:</b>					
<b>EMPRESA / CONTRATISTA :</b>							
Su información es muy valiosa, relátenos que ocurrió, que estaba haciendo Ud. en el momento del accidente, cuáles fueron las instrucciones de trabajo que se le dieron.							
Relate por escrito una versión simple de lo ocurrido, no especule, escriba hechos comprobables. Queremos identificar que pudo haber pasado para que no vuelva a suceder.							
Yo,							
Ocupación,							
Declaro lo siguiente respecto al incidente ocurrido:							
DNI:	Teléfono:	Firma:	Huella dactilar				
E-mail:							
SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.							

	<b>TRATAMIENTO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES OCUPACIONALES, INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES</b>	Código: RRHH PR 01 01
		Fecha: 15/01/2018
		Página 20 de 20

Anexo 05: PR01 FR 05 01 Alerta de Seguridad

	<b>ALERTA DE SEGURIDAD</b>	Código: PR01 FR 05 01
		Fecha Emisión: 15/01/2018

<b>Donde?</b>  <b>Cuando?</b> Día: Hora: <b>Lesión /Daño:</b> 	<b>Qué sucedió?</b>  	<b>Por qué (Causas)?</b> 1.- 2.- 3.- 4.- 5.-
----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------------------------------

<b>FOTOS DEL ACCIDENTE</b>  
------------------------------------

<b>ACCIONES CORRECTIVAS INMEDIATAS</b>  
------------------------------------------------

<b>ACCIONES PREVENTIVAS</b>  
-------------------------------------

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.
------------------------------------------------------------------------------------------