Reporte e Investigación de Incidentes y/o Accidentes de Trabajo

	PUESTO	NOMBRE	FECHA
ELABORADO POR:	Asistente de Calidad	Rubí Ramos	12/09/2019
REVISADO POR:	Jefe de Seguridad y Calidad	Ricardo Alarcón	12/09/2019
APROBADO POR:	Gerente General	Giovanni Klein	12/09/2019

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para el Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo, con el fin de identificar las causas que los originan, para evitar que ocurran o recurran a partir de las acciones correctivas y/o de mejora.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a todo el personal de la Empresa. (este procedimiento aplica a todos los incidentes y accidentes reportados)

3. RESPONSABLES

Área de Calidad: Responsables de la correcta aplicación del presente procedimiento.
Asistente de RRHH: Responsables de la correcta aplicación del presente procedimiento.

4. ABREVIRATURAS

4.1. RRHH: Recursos Humanos
4.2. ARH: Asistente de RRHH
4.3. MTPE: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
4.4. SST: Seguridad y Salud en el Trabajo.

5. REFERENCIAS

5.1. Ley 29783 – Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

5.2. DS 005-2012-TR Reglamento de la Ley 29783 – Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

5.3. Ley 30222 - Modifica la Ley 29783 – Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

5.4. DS 006-2014-TR Modifican el reglamento de la Ley 29783.

5.5. RM 050-2013-TR Formatos Referencias con las Información mínima que deben contener los registros obligatorios del Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

5.6. DS 006-2014-TR Aprueba el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2017 – 2021.

6. DEFINICIONES

6.1. Accidente de trabajo (AT): Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajo una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. También considerado cuando 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 h9oras de trabajo.

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

- **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.

- **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 al accidente.

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

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

c) **Total Permanente:** Cuando la lesión genera 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.

- **Accidente Mortal:** Sucesos cuyas lesiones producen la muerte del trabajador. Para efectos estadísticos debe considerarse la fecha del deceso.

- **Enfermedad profesional u ocupacional:** Es una enfermedad contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo relacionadas al trabajo.

6.2. Causas Básicas de los Accidentes: Referidas a factores personales y factores del trabajo

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

- **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.

6.3. Causas Inmediatas de los Accidentes: Son aquellas debidas a los actos y condiciones subestándares.

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

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

6.4. 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 solo requieren cuidados de primeros auxilios.

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

6.6. Investigación de Accidentes e Incidentes: Proceso de identificación de los factores, elementos, circunstancias y punto críticos que ocurren 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 ocurrencia de los mismos.

7. CONDICIONES GENERALES

No Aplica

8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

8.1. Notificación de Incidentes, Accidentes y Enfermedades Profesionales u Ocupacionales

- Como paso previo a la investigación es preciso que todo accidente de trabajo, enfermedad profesional u ocupacional, incidente e incidente peligroso sea notificado al Jefe Inmediato, Asistente de RR.HH. y/o al área de Calidad, dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el suceso, por el colaborador afectado.

8.2. Elaboración del reporte de incidente y/o accidente

8.2.1. Incidente y/o accidente en las instalaciones de CLI

- Si existiese lesión, el colaborador deberá ser trasladado por el Asistente de RR.HH. al centro médico más cercano para su evaluación médica.

- El personal afectado es responsable de informar del suceso.

8.2.2. Incidente y/o accidente fuera de las instalaciones de CLI – Operaciones

- Si existiese lesión y el colaborador se encuentra consciente deberá ser trasladado al centro médico más cercano para su evaluación médica

- Si se determina que el evento es un accidente de trabajo se sigue los siguientes pasos:

  i. Trasladar al accidentado a la Clínica más cercana del lugar donde ocurrió el accidente (Ver listado de Clínicas de Referencia: Anexo N° 1) y el Asistente de RR.HH. dará el encuentro al personal afectado, para hacer entrega del Formato de Declaración de Accidentes y/o Solicitud de Atención Médica SCTR (Anexo N° 2 – Empleados / Clínica) firmada y sellada por el empleador, en admisión del Servicio de Emergencia, junto con el DNI del colaborador afectado.

  ii. Luego de recibir la atención médica, el Asistente de RR.HH. se quedará con la copia de la Formato de Declaración de Accidentes y/o Solicitud de Atención Médica SCTR junto con el descanso médico, para su registro respectivo.

- En caso el colaborador que sufriese de alguna lesión, incidente y/o accidente, no procede a informar debido a la condición de su gravedad y se evidencia su ausencia, se procederá de la siguiente manera:

  i. El Jefe inmediato verificará la última información cruzada con el personal afectado, desde su ausencia y dará aviso al Asistente de RR.HH.

  ii. El Asistente de RR.HH. procederá a comunicarse con sus familiares, para solicitar información del mismo.

  iii. El Asistente de RR.HH. solicitará información a los centros médicos cercanos de su última ubicación.

8.2.3. Incidente y/o accidente fuera de las instalaciones de CLI – Motorizado

- Si existiese lesión y el colaborador se encuentra consciente deberá ser trasladado al centro médico más cercano del lugar del suceso, para su evaluación médica.

- Deberá informar del suceso a la casa aseguradora de su SOAT y/o generar la activación del SCTR, según aplique.

- El Asistente de RR.HH. dará el encuentro al personal afectado, para seguimiento de su estado de salud.

- En caso el colaborador que sufriese de alguna lesión, incidente y/o accidente, no procede a informar debido a la condición de su gravedad y se evidencia su ausencia, se procederá de la siguiente manera:

  i. El Jefe inmediato verificará la última información cruzada con el personal afectado, desde su ausencia.

  ii. Procederá a comunicarse con sus familiares, para solicitar información del mismo.

  iii. El Asistente de RR.HH. solicitará información a los centros médicos cercanos de su última ubicación.

8.2.4. Incidente y/o accidente fuera de las instalaciones de CLI – Transporte

- Si existiese lesión y el colaborador se encuentra consciente deberá ser trasladado al centro médico más cercano del lugar del suceso, para su evaluación médica.

- Deberá informar del suceso a la casa aseguradora de su SOAT y/o generar la activación del SCTR, según aplique.

- El Asistente de RR.HH. dará el encuentro al personal afectado, para seguimiento de su estado de salud.

- En caso el colaborador que sufriese de alguna lesión, incidente y/o accidente, no procede a informar debido a la condición de su gravedad y se evidencia su ausencia, se procederá de la siguiente manera:

  i. El Jefe inmediato verificará la última información cruzada con el personal afectado, desde su ausencia. Verificación de su ubicación mediante la Plataforma.

  ii. Procederá a comunicarse con sus familiares, para solicitar información del mismo.

  iii. El Asistente de RR.HH. solicitará información a los centros médicos cercanos de su última ubicación.

8.3. Investigación y Análisis del Incidente y/o Accidente

- El Registro de Incidente y/o Accidente deberá ser generado por el área de Calidad, el cual deberá ser informado y entrado al Comité de SST y al Asistente de RR.HH. para que este último informe al Asistente Social. Este registro estará conformado por:

  i. La Manifestación del Accidente y/o Incidente por parte del personal afectado, en caso no se encuentre en condiciones para realizar dicha acción, será el testigo el encargado de dar su manifestación del suceso.

  ii. Registro del FOR-SIG-082 Registros de Accidente de Trabajo y/o FOR-SIG-081 Registro de incidentes Peligrosos e Incidentes, según sea el caso.

  iii. Evidencia fotográfica.

  iv. Registro estadístico de Accidentes y/o Incidentes.

- El área de Calidad en conjunto con el Asistente de RR.HH., inicia la investigación considerando lo siguiente:

  i. Tomar las declaraciones de los involucrados y testigos, tomando fotos y recabando documentación, de ser necesario y según aplique.

  ii. Procediendo a recabar el Informe Médico del Centro de Atenciones Médicos que corresponda según el caso, así como lo descansos médico según aplique.

  iii. Proceden a analizar el incidente y/o accidente para encontrar las causas que lo originaron.

- El Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, estarán a cargo de investigar las causas de todos los incidentes, accidentes y/o enfermedades profesionales u ocupacionales, así como vigilar las medias adoptadas y examinar su eficiencia.

- El Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, estará a cargo de analizar y emitir informes de las estadísticas de los incidentes, accidentes y enfermedades profesionales u ocupacionales ocurridas en el lugar de trabajo.

- Una vez culminada la investigación del incidente / accidente, en un plazo no mayor a 07 días de ocurrido el evento, el Jefe de Seguridad y Calidad, enviarán el Informe de Investigación de Incidente / Accidente al:

  i. Gerente General
  ii. Gerente de Logística

8.4. Los Accidentes mortales o Incidentes Peligrosos deben:

- Ser reportados por el Comité de SST a la máxima autoridad del empleador, de manera inmediata.

- Ser investigados y adoptar medidas correctivas por el Comité de SST, dentro de los diez (10) días de ocurrido el suceso.

- Ser notificados al MTPE dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas, a través de la plataforma electrónica denominada del SAT (Ver Anexo N° 3) – Sistema de Información para el Registro Únicos de accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales (convenio con la SUNAT). Para realizar una notificación solo debe ingresar al SAT mediante usuario y Clave SOL (https://www.sunat.gob.pe/xssecurity/SignOnVerification.htm?signonForwardAction=https://luna.mintra.gob.pe/si.sat/index.jsp), elegir el tipo de suceso que desea reportar, aparecerá un formato en el que se deberá llenar los datos del empleador, del lugar en el que ocurrió el hecho, del trabajador y del accidente y/o enfermedad profesional u ocupacional que va a notificar, para finalizar generando una constancia y el registro del mismo.

8.5. Generación de Acciones Correctivas y de Mejora

- El área de Calidad, se encargada de la generación de Acciones correctivas y/o de Mejora derivadas de las investigaciones de los accidentes y/o incidentes sucedidos, mediante el FOR-SIG-009 Control del estado de las GDM.

8.6. Seguimiento y Verificación de Acciones Correctivas y Preventivas

- El área de Calidad realizará el seguimiento de las acciones correctivas y/o de mejora derivadas de las investigaciones de los accidentes y/o incidentes sucedidos, a fin de que sean implementadas en las fechas establecidas.

- Si en caso las acciones correctivas establecidas identifican nuevos peligros o cambios a las peligrosos existentes, deben ser revisadas y evaluadas de acuerdo a lo establecido en el PRO-SIG-006 Procedimiento de Control de las Gestiones de Mejora.

- El área de Calidad, realizará la verificación de las acciones correctivas y/o de mejora implementadas (respecto al tiempo de respuesta de la acción tomada).

8.7. Tiempo de Archivo de Registro

8.7.1. Registro de Enfermedades profesionales u ocupacionales
- Debe conservarse por un periodo de veinte (20) años posterior al suceso.

8.7.2. Registro de Accidentes e Incidentes Peligrosos
- Peligrosos por un periodo de diez (10) años posterior al suceso.

8.7.3. Registro de Incidentes
- Peligrosos por un periodo de cinco (05) años posterior al suceso.

9. CONTROL DE CAMBIOS

No Aplica

10. ANEXOS

10.1. Anexo N° 1 – Listado de Clínicas de Referencia.

RED DE IPRESS VINCULADAS PARA SCTR					
INSTITUCIÓN	**TELÉFONOS**	**DIRECCIÓN**	**DISTRITO**	**PROVINCIA**	**DPTO**
PRESTADORES AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS (LIMA)					
Clínica Bellavista (Ex San José Reaño)	(01) 451-3454	Jr Las Gaviotas 207 - Urb San Jose	BELLAVISTA	CALLAO	LIMA
Administradora Clínica Ricardo Palma	(01) 224-2224	Av. Javier Prado este N° 1066	LIMA	LIMA	LIMA
Maison De Santé Sede Chorrillos	(01) 619-6000	Av. Chorrillos 171 - 173	CHORRILLOS	LIMA	LIMA
Clínica Jesús Del Norte	(01) 613-4444	Av Carlos Izaguirre N 153	INDEPENDENCIA	LIMA	LIMA
Clinica Medavan	(01) 261-1737 - 994173385	Av. Gregorio Escobedo Nro. 560 Urb. Fundo Oyague (Alt.Frente Residencial San Felipe)	JESUS MARIA	LIMA	LIMA
Clínica Montefiori	(01) 437-5151	Av. Separadora Industrial N¿ 1818-1820 (Antes 380-390) Mz. A1. Lt 17-24, Urb. Cactus	LA MOLINA	LIMA	LIMA
Clínica Internacional Sede Lima	(01) 619-6161	Jr Washington N 1471	LIMA	LIMA	LIMA
Maison De Santé Sede Lima	(01) 619-6000	Jr. Miguel Aljovin Nro. 208 - 222	LIMA	LIMA	LIMA
Clínica Good Hope	(01) 610-7300	Av Malecon Balta N 956	MIRAFLORES	LIMA	LIMA
Clínica Los Andes	(01) 221-0468	Cl Asuncion N 177	MIRAFLORES	LIMA	LIMA
Clínica Centenario Peruano Japonesa	(01)218-1017	Av. Paso De Los Andes 675	PUEBLO LIBRE	LIMA	LIMA
Clínica Stella Maris	(01) 463-6666	Av. Paso De Los Andes Nº 923	PUEBLO LIBRE	LIMA	LIMA
Clínica De Especialidades Médicas	(01) 225-9925	Jr Eduardo Ordoñez N 468	SAN BORJA	LIMA	LIMA
Clínica Internacional Sede San Borja	(01) 619-6161	Av Guardia Civil N 385	SAN BORJA	LIMA	LIMA
Clínica Vesalio	(01) 618-9999	Calle Joseph Thompson 140 Urbanizacion Santo Tomas	SAN BORJA	LIMA	LIMA
Clínica Javier Prado	(01) 211-4141	Av. Javier Prado Este N° 499 Urb. Jardin Lima	SAN ISIDRO	LIMA	LIMA
Clínica Limatambo Sede San Isidro	(01) 4424-670	Av Republica De Panama N 3606	SAN ISIDRO	LIMA	LIMA
Clínica Ricardo Palma	(01) 224-2224	Av Javier Prado Este N 1066	SAN ISIDRO	LIMA	LIMA
Clínica Limatambo Sede San Juan De Lurigancho	(01) 4424-670	Av. Proceres De La Independencia 2701 - Y Ganimides 106 - 110	SAN JUAN DE LURIGANCHO	LIMA	LIMA
Clínica San Juan Bautista	(01) 610-4545	Av. Proceres De La Independencia 1764, Mz. G, Lotes 10-11-20-21 - Urb. Las Flores	SAN JUAN DE LURIGANCHO	LIMA	LIMA
Clínica Santa María Del Sur	(01) 615-6767	Av Belisario Suarez N 998 Zona C	SAN JUAN DE MIRAFLORES	LIMA	LIMA
Clínica Médica Cayetano Heredia	(01) 207-6200	Av. Honorio Delgado 370 Ingenieria Smp	SAN MARTIN DE PORRES	LIMA	LIMA
Clínica Providencia	(01) 442-4352	Calle Carlos Gonzales 250 Urb Maranga	SAN MIGUEL	LIMA	LIMA
Clínica San Gabriel	(01) 614-2222	Av La Marina N 2955 Urb Maranga Ii Etapa	SAN MIGUEL	LIMA	LIMA
Clínica Tezza	(01) 610-5050	Jr. El Polo 570 Monterrico-Santiago De Surco	SANTIAGO DE SURCO	LIMA	LIMA
INSTITUCIÓN	**TELÉFONOS**	**DIRECCIÓN**	**DISTRITO**	**PROVINCIA**	**DPTO**
PREESTADORES AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS (PROVINCIA)					
Policlínico Yanacancha II	(01) 610-3333	Campamento Minero Yanacancha	SAN MARCOS	HUARI	ANCASH
Clínica San Pablo Sede Huaraz	(043) 42-1698	Jr Huaylas N 172	INDEPENDENCIA	HUARAZ	ANCASH
Policlínico Yanacancha	(043) 48-3110	Campamento Minero Yanacancha	SAN MARCOS	HUARI	ANCASH
Clínica Robles	(043) 32-2453	Jr Manuel Villavicencio N 512	CHIMBOTE / SANTA	SANTA	ANCASH
Clínica San Pedro	(043) 32-1930	Jr. Manuel Villavicencio N° 481	CHIMBOTE / SANTA	SANTA	ANCASH
Clinica Santa Maria De Chimbote S.A.C.	(043) 32-5073	Elias Aguirre 761 - Bolivar Bajo	CHIMBOTE / SANTA	SANTA	ANCASH
Policlinico Medic Salud S.R.L. (Challhuahuacho)	965396807	Av. Cristo De Los Andes S/N	CHALLHUAHUACHO	COTABAMBAS	APURIMAC
Clinica Arequipa S.A.	(054) 59-9000	Esq Puente Grau Y Av Bolognesi Sn	AREQUIPA	AREQUIPA	AREQUIPA
Clínica Monte Carmelo	(054) 23-1444	Cal. Francisco Gómez de la Torre			
Hospital Geriátrico Municipal	(054) 205-804	Av. Pumacahua S/N	CERRO COLORADO	AREQUIPA	AREQUIPA
Clínica Vallesur	(054) 28-1019	Av. La Salle N°116 Y N° 108 Cercado Arequipa	AREQUIPA	AREQUIPA	AREQUIPA
Clinica San Juan De Dios Arequipa	(054) 38-2400	Av Ejercito N 1020	CAYMA	AREQUIPA	AREQUIPA
Hospital Privado del Perú	(073) 28-5570	Fundo Puyumtala Km5 Carretera Piura -	CATACAOS	PIURA	PIURA

		Catacaos - Caserio Simbila			
Clinicentro Absi	959373770	Avenida Ejercito 101 Local 103 Y 104	YANAHUARA	AREQUIPA	AREQUIPA
Sanna - Clinica Del Sur	(054) 60-5900	Avenida Bolognesi 134 - Yanahuara	YANAHUARA	AREQUIPA	AREQUIPA
Clínica Tu Salud	(054)274679	Urb.Valencia H6 Yanahuara	YANAURA	AREQUIPA	AREQUIPA
Clinica El Nazareno	(066) 31-4517	Jr Quinua N 428	AYACUCHO	HUAMANGA	AYACUCHO
Clinica Limatambo Cajamarca S.A.C.	(076) 36-4241	Jr Puno N 265	CAJAMARCA	CAJAMARCA	CAJAMARCA
Clinica Los Fresnos	(076) 36-4046	Jr Los Nogales N 179 Urb El Ingenio	CAJAMARCA	CAJAMARCA	CAJAMARCA
Dr. Victor Paredes	(084) 22-5265	Calle Lechugal N°405	CUSCO	CUSCO	CUSCO
Pardo	(084) 24-0387	Av. De La Cultura 710	WANCHAQ	CUSCO	CUSCO
San Jose	(084) 24-3367	Av. Los Incas N° 1408 -B	WANCHAQ	CUSCO	CUSCO
Hospital De Quillabamba	(84) 28-1282	Av. General Gamarra S/N	SANTA ANA / LA CONVENCIÓN	LA CONVENCION	CUSCO
Clinica Huanuco	(062) 51-4026	Jr.Constitucion Nº 980	HUANUCO	HUANUCO	HUANUCO
Clinica Daniel A. Carrion S.A.C.	(056) 26-2667 - (056) 26-1144	Av. Idelfonso Nº 226 - Jr. Lima N° 566	CHINCHA ALTA	CHINCHA	ICA
Clinica San Vicente	(056) 22-7263	Av. Los Maestros Nº 422, Urb. San Jose	ICA	ICA	ICA
Clinica Señor De Luren De Ica Sac	(056) 21-1989	Av San Martin N 536	ICA	ICA	ICA
Clinica Tataje	(056) 218471	Av Conde De Nieva N 355 Urb Luren	ICA	ICA	ICA
Las Condes S.A.C.	(056) 21-4149	Av. Conde De Nieva N° 1073, Urb Luren	ICA	ICA	ICA
Las Americas	(056) 53-2679	Av. Las Americas N° 901, Urb. Los Bancarios D-32	PISCO	PISCO	ICA
Clinica Cayetano Heredia	(064) 24-7087	Av.Huancavelica Nro.745 Junin-Huancayo-El Tambo	EL TAMBO	HUANCAYO	JUNIN
Clinica Ortega	(064) 23-2921	Av. Daniel A. Carrion Nº 1124	HUANCAYO	HUANCAYO	JUNIN
Camino Real	980710994	Jr, Bolognesi N° 565	TRUJILLO	TRUJILLO	LA LIBERTAD
Clinica Peruano Americana S.A.	(044) 22-2493	Av. Mansiche Nº 810 Urb. Santa Ines	TRUJILLO	TRUJILLO	LA LIBERTAD
San Pablo Trujillo	(01) 610-3207	Av. Husares de Junin N° 690, Esq. con Sta. Teresa de Jesús - Urb. La Merced	TRUJILLO	TRUJILLO	LA LIBERTAD
Sanna - Sanchez Ferrer S.A.	(044) 74-9100	Cl Los Laureles N 436 Urb California	VICTOR LARCO HERRERA	TRUJILLO	LA LIBERTAD
Clinica San Antonio	(044) 20-2597	Av Victor Larco N 620-630 Urb San Andres	TRUJILLO	TRUJILLO	LA LIBERTAD
Clinica Del Pacifico S.A.	(074) 20-9039	Av Jose Leonardo Ortiz N 420	CHICLAYO	CHICLAYO	LAMBAYEQUE
Hospital Privado Metropolitano	(074) 27-2828	Calle Manuel Maria Izaga 154	CHICLAYO	CHICLAYO	LAMBAYEQUE
Servimedicos S.A.C.	(074) 22-1585	Calle Manuel Maria Izaga Nº 621	CHICLAYO	CHICLAYO	LAMBAYEQUE
Clínica San Pedro	(01) 232-4841	Av Echenique N 641	HUACHO	HUAURA	LIMA
Clinica Adventista Ana Stahl	(065) 25-2535	Avenida La Marina N° 285	IQUITOS	MAYNAS	LORETO
Clinica Gonzales	(063) 42-1515	Av Daniel Alcides Carrion N 99 Urb San Juan	YANACANCHA	PASCO	PASCO
Clínica Auna Miraflores Piura	(073) 34-3037	Calle Las Dalias A-12-Urb.Miraflores	CASTILLA	PIURA	PIURA
Sanna - Clinica Belen	(073) 28-5960	Calle San Cristobal Nº 267 Urb. El Chipe	PIURA	PIURA	PIURA
Clinica Inmaculada	(073) 50-4898	Av. Jose De Lama Nº 1011	SULLANA	SULLANA	PIURA
Clinica Santa Rosa Sullana	(073) 50-5870	Av Panamericana N 332 Urb Santa Rosa	SULLANA	SULLANA	PIURA
Clinica Virgen Del Pilar	(073) 50-2278	Calle Bolivar 285	SULLANA	SULLANA	PIURA
Clinica Torres S.A.	(073) 38-1967	Av A N 98 2do Piso	PARIÑAS	TALARA	PIURA
Clinica Tresa	(073) 38-2213	Av A N 108 B	PARIÑAS	TALARA	PIURA
Santa Beatriz Servicios Medicos S.A.C.	(073) 38-2418	Avenida Grau(A)-100	PARIÑAS	TALARA	PIURA
Medicentro Tourist´S Health	(051) 36-5909	Jiron Moquegua Nº 191	PUNO	PUNO	PUNO
Clinica Americana De Juliaca	(051) 32-1369	Jr Loreto N 315 Urb. La Rinconada	JULIACA	SAN ROMAN	PUNO
Clínica San Martín	(042)52-3680	Jr San Martin N 274	TARAPOTO	SAN MARTIN	SAN MARTIN
Clinica Isabel	(052) 24-2401	Calle. Arica N° 151	TACNA	TACNA	TACNA
Clinica Promedic	(052) 24-2414	Calle Blondell Nº425	TACNA	TACNA	TACNA
Sermeditum Srl. (Clinica De La Familia)	(72) 52-1251	Av. Tumbes Norte Nº 1079	TUMBES	TUMBES	TUMBES
Clinica Amazonica	(061) 57-8432	Av.Saenz Peña N°421	CALLERIA	CORONEL PORTILLO	UCAYALI
Clinica Monte Horeb	(061) 57-1689	Jr Inmaculada N 529 Pucallpa	CALLERIA	CORONEL PORTILLO	UCAYALI

10.2. Anexo N° 2 – Formato de Declaración de Accidentes y/o Solicitud de Atención Médica SCTR (Empleador / Clínica)

Sanitas

Declaración de Accidente y/o Solicitud de Atención SCTR

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo **No.**

Primera Atención (emergencia) ☐ Continuación de Tratamiento ☐ No de solicitud de Atención médica

Nombre o razón social	RUC	Dirección		
Distrito	Provincia	Departamento	Teléfono	Fax

Información del trabajador accidentado

Apellidos y nombres	Fecha de nacimiento	DNI	Edad	Sexo M F
Domicilio	Teléfono	Cargo	Área de trabajo	

Detalle del accidente

Causa del accidente: Acto inseguro ☐ Condición insegura ☐

Lugar del accidente

En labor habitual: Si ☐ No ☐ Horas extras ☐

Fecha del accidente

Hora

Cómo ocurrió el accidente:

Fuente o causa de lesión: Calor ☐ Químicos ☐ Madera ☐ Metales ☐ Eléctricos ☐ Herramienta manual ☐ Vidrio ☐ Escaleras ☐ Otros: ☐

Lesión o daño referido: Amputación ☐ Pérdida de visión ☐ Fractura ☐ Quemadura ☐ Electrocución ☐ Luxación ☐ Raspadura ☐ Lesiones múltiples ☐ Contusión ☐ Laceración ☐ Envenenamiento ☐ Muerte ☐ Otros: ☐

Tipo de accidente: Golpes ☐ Caídas ☐ Intoxicación ☐ Sobre esfuerzo ☐ Cortes ☐ Quemaduras ☐ Atrapamientos ☐ Atropellamientos ☐ Otros ☐

Partes del cuerpo afectadas: Dedos ☐ Mano ☐ Brazo ☐ Pie ☐ Cabeza ☐ Tronco ☐ Pierna ☐ Ojos ☐ Otros ☐

Apellidos y nombres del reportante

Cargo

Firma del reportante

Firma y sello del empleador

Para ser llenado por el médico tratante

Nombre del centro asistencial	RUC	Fecha de atención	
Nombre del médico tratante	DNI	CMP	Teléfono

Diagnóstico(s) | CIE 10

Atención: Hospitalización ☐ Ambulatorio ☐ Alta ☐ Observación ☐ Referencia ☐ Muerte ☐

Hospitalización Servicio Cuarto ☐

Intervención quirúrgica Si ☐ No ☐

Indicación médica y/o procedimiento realizado

Interconsultas

Fecha	Especialidad	Procedimiento

Requiere medicina física o rehabilitación Si ☐ No ☐ | Número de sesiones | Tipo de terapia | Tiempo

Requiere tratamiento quirúrgico Si ☐ No ☐ | Espécificar

Requiere aparatos ortopédicos Si ☐ No ☐ | Especificar

Pronóstico: Bueno ☐ Regular ☐ Malo Incapacidad temporal Incapacidad permanente ☐ | Tiempo de tratamiento

Necesita ser trasladado a otro centro asistencial Si ☐ No ☐ | Especificar | Firma y sello del médico tratante

Esta ficha debe ser llenada total y correctamente, con letra legible (imprenta) en todas sus secciones por los responsables respectivos

PARA EL EMPLEADOR

ORIGINAL BLANCO

10.3. Anexo N° 3 – SAT 'Sistema de Información para el Registro Únicos de accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales (convenio con la SUNAT)'.

Fuente:
https://www.sunat.gob.pe/xssecurity/SignOnVerification.htm?signonForwardAction=https://luna.mintra.gob.pe/si.sat/index.jsp

10.4. Anexo N° 4 – FOR-SIG-083 Registro de Enfermedades Ocupacionales.

	REGISTRO DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES	Código: FOR-SIG-083 Versión: 1 Fecha: 29/08/2017 Aprobado: GG Página: 1 de 1

DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:

1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2. RUC	3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

6. AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESG			8. LÍNEAS 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:

DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:

9. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	10. RUC	11. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	12. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	13. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

14. AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESG			16. LINEAS DE PRODUCCION Y / O SERVICIOS
	N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA	

DATOS REFERENTES A LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

17.TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL 1)	18. N° ENFERMEDADES OCUPACIONALES PRESENTADAS EN CADA MES POR TIPO DE AGENTE AÑO:											19. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	20. PARTE DEL CUERPO O SISTEMA DEL TRABAJADOR AFECTADO	21. N° TRABAJADORES AFECTADOS	22. ÁREAS	23. N° DE CAMBIOS DE PUESTOS GENERADOS DE SER EL CASO.
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				

24. TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES

FISICOS		QUIMICOS		BIOLOGICOS		DISERGONOMICO		PSICOSOCIALES	
Ruido	F1	Gases	Q1	Virus	B1	Manipulación inadecuada de cargas.	D1	Hostigamiento psicológico.	P1
Vibración	F2	Vapores	Q2	Bacilos	B2	Diseño de puesto inadecu	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 entretenimiento.	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								

25. DETALLE DE LAS CAUSAS QUE GENERAN LAS ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR TIPO DE AGENTE

Adjuntar documento en el que consten las causas que generan las enfermedades ocupacionales y adicionalmente indicar un breve descripción de las labores desarrolladas por el trabajador antes de adquirir la enfermedad.

26. COMPLETAR SÓLO EN CASO DE EMPLEO DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS (REF. D.S. 039-93-PCM / D.S. 015-2005-SA)

RELACIÓN DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS	SE HAN REALIZADO MONITOREOS DE LOS AGENTES PRESENTES EN EL AMBIENTE (SI / NO)

27. MEDIDAS CORRECTIVAS

DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN			Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (Realizada, Pendiente, En Ejecución).
		DIA	MES	AÑO	
1.					
2.					
3.					

28. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN

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

10.5. Anexo N° 5 – FOR-SIG-082 Registro de Accidente de Trabajo.

	Registro de Accidente de Trabajo	Código: FOR-SIG-082 Versión: 1 Fecha: 29/08/2017 Aprobado: GG Página: 1 de 1

DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:

1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2. RUC	3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

6. COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO		
N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA

Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:

DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:

7. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	8. RUC	9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	10. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

12. COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO		
N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA

DATOS DEL TRABAJADOR:

13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO	14. N° DNI / CE	15. EDAD

16. ÁREA	17. PUESTO DE TRABAJO	18. ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO	19. SEXO F / M	20. TURNO D/T/N	21. TIPO DE CONTRATO	22. TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO	23. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del Accidente)

INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE				25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN			26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	

27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO						28. MARCAR CON (X) GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO)								N° DÍAS DE DESCANSO MÉDICO	N° DE TRABAJADORES AFECTADOS
ACCIDENTE LEVE		ACCIDENTE INCAPACITANTE		MORTAL		TOTAL TEMPORAL		PARCIAL TEMPORAL		PARCIAL PERMANENTE		TOTAL PERMANENTE			

31. DESCRIBA PARTE DEL CUERPO LESIONADO (DE SER EL CASO):

32. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

Describa sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.
Adjuntar:
-Declaración del afectado sobre el accidente de trabajo.
-Declaración de testigos (de ser el caso).
-Procedimientos, planos, registros, entre otros que ayuden a la investigación del caso.

33. 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 el presente formato el desarrollo d

34. MEDIDAS CORRECTIVAS

DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN			Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (Realizada, Pendiente, En Ejecución).
		DIA	MES	AÑO	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Insertar tantos renglones como sean necesarios.

35. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN

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

10.6. Anexo N° 6 – FOR-SIG-081 Registro de incidentes Peligrosos e Incidentes.

	Registro de incidentes peligrosos e incidentes	Código: FOR-SIG-081 Versión: 1 Fecha: 29/08/2017 Aprobado: GG Página: 1 de 1

DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:

1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	2. RUC	3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	5. N° 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. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

DATOS DEL TRABAJADOR (A):
Completar sólo en caso que el incidente afecte a trabajador (es).

11. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO	12. N° 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. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del Suceso)

INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

22. MARCAR CON (X) SI ES INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

23. INCIDENTE PELIGROSO		24. INCIDENTE	
N° TRABAJADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS		DETALLAR TIPO DE ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS (DE SER EL CASO)	
N° POBLADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS			

25. FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE				26. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN			27. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	

28. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

Describa sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.
Adjuntar:
-Declaración del afectado, de ser el caso.
-Declaración de testigos, de ser el caso.
-Procedimientos, planos, registros, entre otros que ayuden a la investigación del caso.

29. DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

Cada empresa o entidad pública o privada, puede adoptar el modelo de determinación de causas, que mejor se adapte a sus características.

30. MEDIDAS CORRECTIVAS

DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA A IMPLEMENTARSE PARA ELIMINAR LA CAUSA Y PREVENIR LA RECURRENCIA	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN			ESTADO (Realizada, Pendiente, En Ejecución).
		DIA	MES	AÑO	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Insertar tantos renglones como sean necesarios.

31. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN

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