



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

Implementación de un plan SST para disminuir los accidentes
laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya,
2021

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
INGENIERO INDUSTRIAL**

AUTORES:

Rojas Muñoz, Adan Orlando (ORCID: [0000-0003-1689-3176](https://orcid.org/0000-0003-1689-3176))

Solis Ortiz, Kenyi (ORCID: [0000-0002-3180-8999](https://orcid.org/0000-0002-3180-8999))

ASESORA:

Mgtr. Villarroel Nuñez, Eduardo Julian (ORCID: [0000-0002-1884-2682](https://orcid.org/0000-0002-1884-2682))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Sistemas de gestión de la seguridad y calidad

LIMA - PERÚ

2021

DEDICATORIA

Este Informe de Investigación, es dedicado a nuestros padres por su constante apoyo moral y económico, también a las personas más importantes de nuestras vidas, que nos brindan el apoyo incondicional y las energías para poder realizar esta investigación.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia damos gracias a Dios por permitirnos tener tan buena experiencia dentro de la Universidad Cesar Vallejo, por habernos permitido formarnos en ella, del mismo modo dar las gracias a todas las personas que fueron participes en la realización de este Informe de Investigación. Muchas gracias a nuestros padres, quienes fueron nuestros más grandes promotores durante este proceso y al profesor del curso por brindarnos las enseñanzas necesarias con el apoyo constante.

Índice de contenidos

| | | |
|------|---|----|
| I. | INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. | MARCO TEÓRICO..... | 4 |
| III. | METODOLOGÍA..... | 11 |
| 3.1. | Tipo y diseño de investigación | 11 |
| 3.2. | Variabes y operacionalización..... | 11 |
| 3.3. | Población, (criterios de selección) muestra, muestreo, unidad de análisis 13 | |
| 3.4. | Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 13 |
| 3.5. | Procedimientos | 16 |
| 3.6. | Método de análisis de datos..... | 17 |
| 3.7. | Aspectos éticos..... | 18 |
| IV. | RESULTADOS..... | 19 |
| V. | DISCUSIÓN..... | 30 |
| VI. | CONCLUSIONES..... | 33 |
| VII. | RECOMENDACIONES | 34 |
| | REFERENCIAS | 35 |
| | ANEXOS..... | 41 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Operacionalización de las variables | 12 |
| Tabla 2: Instrumentos de ambas variables | 14 |
| Tabla 3: Descripción de símbolos usados en las ecuaciones de los indicadores . | 15 |
| Tabla 4: Prueba binomial para evaluar la claridad..... | 15 |
| Tabla 5: Prueba binomial para evaluar la pertinencia..... | 16 |
| Tabla 6: Prueba binomial para evaluar la relevancia | 16 |
| Tabla 7: Resultados de los accidentes laborales (antes y después) (General)..... | 20 |
| Tabla 8: Resultados del índice de frecuencia de accidentes (antes y después) (Dimensión 1)..... | 21 |
| Tabla 9: Resultados del índice de gravedad de accidentes (antes y después) (Dimensión 2..... | 22 |
| Tabla 10: Resultados del índice de promedio de días de Incapacidad (antes y después) (Dimensión 3) | 23 |
| Tabla 11: Prueba de normalidad de los Accidentes laborales sucedidos | 24 |
| Tabla 12: Pruebas no paramétricas, contrastación de hipótesis general..... | 25 |
| Tabla 13: Prueba de normalidad del Índice de Frecuencia de Accidentes laborales | 26 |
| Tabla 14: Pruebas no paramétricas, contrastación de hipótesis específica 1 | 26 |
| Tabla 15: Prueba de normalidad del Índice de Gravedad de Accidentes laborales | 27 |
| Tabla 16: Pruebas no paramétricas, contrastación de hipótesis específica 2..... | 28 |
| Tabla 17: Prueba de normalidad del Índice de Promedio de Días de Incapacidad | 28 |
| Tabla 18: Pruebas no paramétricas, contrastación de hipótesis específica 3..... | 29 |
| Tabla 19: Indicador de: Índice de Nivel de Seguridad: | 41 |
| Tabla 20: Semanas con índice de nivel de seguridad bajo – PRE-TEST. | 41 |
| Tabla 21: Semanas con índice de nivel de seguridad bajo – POST-TEST..... | 42 |
| Tabla 22: Semanas con índice de nivel de seguridad medio – POST-TEST..... | 42 |
| Tabla 23: Semanas con índice de nivel de seguridad alto – POST-TEST..... | 42 |
| Tabla 24: Auditorias con encuentro y levantamiento de observaciones; nivel de cumplimiento – POST-TEST | 43 |

| | |
|---|----|
| Tabla 25: Capacitaciones programas y realizadas; nivel de cumplimiento – POST-TEST..... | 43 |
| Tabla 26: Capacitaciones programadas – 2021 | 66 |
| Tabla 27: Brigadas | 67 |
| Tabla 28: Programa de capacitaciones 2021 | 69 |
| Tabla 29: Lluvia de problemas | 72 |
| Tabla 30: Matriz vester de problemas | 73 |
| Tabla 31: Resultados de la matriz de Vester de los problemas observados | 74 |

Índice de gráficos y figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1: Organigrama de los miembros del CSST | 52 |
| Figura 2: Diagrama de Ishikawa de causas de los accidentes laborales. | 75 |
| Figura 3: Numero de accidente sucedidos en el área de mantenimiento. | 76 |
| Figura 4: Diagrama de Pareto: | 77 |

Resumen

En la presente investigación titulada “Implementación de un plan SST para disminuir los accidentes laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021” tiene por objetivo general el Explicar el efecto que tendrá la implementación del plan SST en los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021, el cual responde al problema planteado de ¿Qué efecto tendrá la implementación del plan SST frente a los accidentes laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA –Oroya, 2021?.

El tipo de investigación es aplicada, con un diseño pre-experimental, así mismo, es de enfoque cuantitativo. La población para esta investigación fueron los trabajadores del área de mantenimiento de la empresa FCCA-Oroya, se usó la técnica de la observación de campo, tomando como instrumento de recolección de datos los formatos establecidos por la RM-050-2013-TR.

Se determinó y logro disminuir los sucesos de accidentes de una media de 2.3333 hasta un 0.8333; así mismo se logró disminuir el índice de frecuencia de un 75.95% hasta un 25.13%; también se ha reducido el índice de gravedad de un 24.41% a un 2.41% y del mismo modo la media de días de incapacidad de un 0.7500 hasta 0.0833. Concluyendo así, que la implementación de un plan SST disminuye en gran medida dichos indicadores de los accidentes laborales.

Palabras clave: Seguridad y salud en el trabajo, accidentes laborales, plan de seguridad industrial.

Abstract

In the present investigation entitled "Implementation of an SST plan to reduce work accidents in the maintenance area of the company FCCA - Oroya, 2021" has the general objective of Explaining the effect that the implementation of the SST plan will have on work accidents in the maintenance area of the company FCCA - Oroya, 2021, which responds to the problem raised: What effect will the implementation of the SST plan have in relation to occupational accidents in the maintenance area of the company FCCA - Oroya, 2021?

The type of research is applied, with a pre-experimental design, likewise, it has a quantitative approach. The population for this research were the workers in the maintenance area of the FCCA-Oroya company, the field observation technique was used, taking as a data collection instrument the formats established by RM-050-2013-TR.

It was determined and managed to reduce accident events from an average of 2.3333 to 0.8333; Likewise, it was possible to reduce the frequency index from 75.95% to 25.13%; The severity index has also been reduced from 24.41% to 2.41% and in the same way the average number of days of disability from 0.7500 to 0.0833. Thus, concluding that the implementation of an OSH plan greatly reduces these indicators of occupational accidents.

Keywords: Occupational health and safety, occupational accidents, industrial safety plan.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la evaluación de riesgos en el área de mantenimiento ha sido preocupación de muchos científicos. “Revisó el estado de conocimiento sobre la evaluación de riesgos en el contexto de la toma de decisiones de mantenimiento y destacó los desafíos importantes al realizar la evaluación de riesgos en el contexto del mantenimiento” (Chemweno, Pintelon, Nganga y Van, 2018, p. 2). Del mismo modo, Morrish (2017), nos dice que: “El riesgo aumenta cuando la probabilidad de que ocurra un incidente aumenta o aumenta la gravedad de la lesión” (pag. 3)

En las industrias y organizaciones, los accidentes son siempre más propensos a ocurrir debido a los riesgos inherentes y la falta de gestión, por lo que algunos ISO relacionados a los estándares han establecido pautas de identificación y gestión de riesgos esenciales. Estos estándares pueden ayudar a identificar y gestionar los riesgos de la industria. (Sarkheil, 2021, pag. 2)

Morrish, (2017) menciona que: “Las lecciones aprendidas pueden proporcionar control al lugar de trabajo para que no ocurren incidentes similares, que posiblemente podrían dar lugar a consecuencias más graves.” También nos dice que “estos controles se pueden aprender a través de investigaciones de incidentes. Alternativamente, el entorno de trabajo puede ser controlado a través de un análisis de seguridad previo al trabajo para que la posibilidad de los incidentes que ocurren se reduce”. (Morrish, 2017, p. 5)

Desde el punto de vista internacional, Arias (2016) menciona que: Colombia es uno de los países donde las tasas de ocurrencia de accidentes mortales son bajas a diferencia de otros, con un registro de 1289 casos en 1999 y de 338 en el 2000, siendo los accidentes de tránsito con (29,11%), seguidos de los accidentes relacionado con ambientes y sustancias peligrosas (9,5%), las caídas en los trabajos (7,69%), el contacto con objetos, equipos y máquinas (3,92%) y de los accidentes por fuego y explosiones (3,47%). (p. 9)

Desde una perspectiva nacional, los accidentes laborales en las industrias, empresas o centros de trabajo sucede con mucha frecuencia, (Promoción del Ministerio de Trabajo del Trabajo) en el 2019), los autores Diaz, Suarez, Santiago y Bizarro (2020), mencionan que el Perú no es libre a esta realidad y a estos

problemas globales, según la información de las áreas de trabajo, incidentes peligrosos y enfermedades profesionales, en noviembre de 2019 se registraron 2 744 notificaciones (del total de 1. 625 empresas), lo que se interpreta como un aumento del 15. 7% en comparación con el mes de noviembre del año, y una reducción del 12. 2% en comparación con el mes de octubre de 2019. (p. 4)

Desde el punto de vista local, la empresa se llega a observar una mala gestión de sistemas seguridad industrial y salud en el trabajo, por ello se generan distintos accidentes laborales, por ello que se realizó una lluvia de problemas en la empresa, la manera de la elaboración dicha lluvia fue preguntando a cada trabajador y/o persona que laboraba en el área de mantenimiento de la empresa FCCA. Por ello, se registraron los siguientes problemas que se visualizan en el (Anexo 4).

La tabla 23 muestra cuales son los accidentes más frecuentes del área de mantenimiento de la empresa Ferrocarril Central Andino (FCCA S.A), dichos problemas son presentados en la siguiente matriz de vester (Ver anexo 5, anexo 6).

Por ello, para su mejor explicación y entendimiento del problema general o variable dependiente se realiza la estructura del pescado de Ishikawa, donde se detalla cuáles son las causas que dan viabilidad a que este suceso llamado accidente laboral se haga realidad. (Ver anexo 7). Así como también el diagrama de Pareto en donde se ve resumido los análisis realizados en el diagrama de Ishikawa. (Ver anexo 8)

En la empresa FCCA. S.A. se toma como base para justificar la investigación y darle la importancia del estudio de la variable de accidentes laborales, con el registro de accidentes que han ocurrido en el área de mantenimiento en el año 2021, desde enero hasta fines de marzo (Ver anexo 8).

Por ende, se realiza la pregunta del problema de investigación general: ¿Qué efecto tendrá la implementación del plan SST frente a los accidentes laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA –Oroya, 2021?

Seguidamente, se realizan los problemas específicos que son los siguientes: ¿Cuál será el efecto de la implementación del plan SST frente a la frecuencia de accidentes laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya,

2021?; ¿Qué efecto tendrá la implementación del plan SST frente a la gravedad de los accidentes laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA –Oroya, 2021? y ¿Qué efecto tendrá la implementación del plan SST frente a la repercusión en días laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021?

La justificación de la realización de este proyecto de investigación es del tipo práctica, esto en base a la gravedad que pueden generar los accidente laborales en la vida de un ser humano, producto de una mala gestión en la seguridad y el manual de trabajo de buenas prácticas laborales. Tomando como sustentación tanto el contexto problemático internacional, nacional y local.

Por ende, se procede a la elaboración del objetivo general, el cual es: Explicar el efecto que tendrá la implementación del plan SST en los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021. Del mismo modo, se realizan los objetivos específicos, los cuales son: Explicar el efecto de la implementación del plan SST en la frecuencia de accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021; Explicar el efecto que tendrá la implementación del plan SST en la gravedad de los accidentes laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021 y Explicar el efecto que tendrá la implementación del plan SST en la repercusión de días laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021.

Por consecuente, se elaboran las hipótesis, la hipótesis general es; la implementación del plan SST disminuirá los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya; también las hipótesis específicas son las siguientes: la implementación del plan SST disminuirá la frecuencia de accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya; la implementación del plan SST disminuirá la gravedad de los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya y la implementación del plan SST disminuirá la repercusión a los días laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya.

II. MARCO TEÓRICO

Se presentan a continuación los trabajos previos que hablan acerca de los accidentes laborales y de la importancia de un sistema gestión de seguridad.

Paredes, Paredes, Mayorga, Cepeda y Quinga (2018), en su artículo de investigación titulado “Diseño e implementación de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SST), de Feanconstruc, de la ciudad de Macas, para minimizar la incidencia de accidentes en el trabajo”, el cual tuvo por objetivo el diseño y la implementación de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo para minimizar la incidencia de accidentes e incidentes laborales. Usando una metodología de trabajo experimental.

Los resultados demuestran que en la situación inicial, de los 15 trabajadores estudiados se tenía un 205.13% de índice de probabilidad de frecuencia de accidentes y se redujo en la etapa final hasta los 25.64%, así mismo, la tasa inicial del riesgo de sufrir los incidentes laborales era del 4.38% y después de la aplicación en la etapa final se redujo hasta los 0.25%. Por lo cual concluyeron que es importante la implementación de un sistema de gestión en seguridad y salud, esto con el fin de reducir todos los factores negativos.

Para Villacrés, Baño y García (2016), en su artículo de investigación titulada “Modelo de implementación del sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales en una industria láctea de Riobamba - Ecuador”, el cual tenía como objetivo el diseñar e implementar un Sistema de Gestión de Seguridad y Prevención de Accidentes Laborales, esto con el fin de brindar mayor seguridad a los trabajadores. La metodología utilizada fue experimental, esto mediante la aplicación de una teoría de seguridad y prevención de riesgos.

Los resultados demuestran que después de la aplicación de un sistema de gestión de seguridad y prevención de accidentes laborales el índice de accidentes e incidentes laborales que era 18.54% se pudo reducir hasta 3.3%, del mismo, se pudo aumentar la eficiencia en el control y gestión de prevención de riesgos de un 53.29% hasta un 93.52%, concluyendo de esta manera que la implementación de un buen sistema de gestión de seguridad y prevención de accidentes laborales disminuye el índice de incidentes y accidentes laborales.

Franciosi y Vidarte (2020), en su artículo de investigación titulado “Implementación de un Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y la accidentabilidad y productividad en una industria arrocera”, dicha investigación tuvo por objetivo el de determinar la influencia de la Implementación SGSST en la accidentabilidad en una industria arrocera. La metodología de esta investigación fue de nivel aplicativo, esto sustentado en la aplicación teórica.

Los resultados de esta investigación han demostrado 2 tiempos, el 2012 el cual es el escenario inicial y el 2014 donde ya se usa un SGSST, han demostrado que 45 sucesos eran accidentes graves (100%), han logrado disminuir en un 85% la frecuencia de accidentes de gravedad. Del mismo modo, sucedió 81 accidentes e incidentes totales (100%), para el 2014 se ha disminuido en 75.31% la frecuencia de accidentes e incidentes laborales. Concluyendo de esta manera que la aplicación de un sistema de seguridad y salud en el trabajo logra disminuir tanto accidentes de gravedad como incidentes de poca severidad.

De la misma manera, Uribe, Gutiérrez, Moreno y Gamarra (2015), en su artículo de investigación titulado “Implementación de un Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional para disminuir los accidentes de trabajo de la empresa acuícola Frozen Ocean Scallops”, el cual tuvo por objetivo la implementación de un Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional para lograr la disminución de los accidentes de trabajo en la empresa acuícola Frozen Ocean Scallops. La metodología utilizada es la aplicada, esta de manera pre experimental ya que se analiza una sola variable y prácticamente no existe ningún tipo de control, es solo la aplicación de una teoría para verificar nuevos datos.

Los resultados de este estudio muestran el análisis de comparación en dos años, el 2014 y el 2015, se analizan primeramente desde el mes de mayo que posee un 22.67% de índice de accidentabilidad, junio con 9.92%, julio con 8.5%, agosto con 15.81% y septiembre con 48.9%, la aplicación se realizó en el 2015 en los mismos meses, en el mes de mayo aumento el índice de accidentabilidad a un 33.62%, por ende se mejoró el sistema, ya para el mes de abril se logró disminuir hasta un 2.83% al año anterior, para junio se logró reducir hasta el 0%, para julio se logró minimizar hasta 10.54% y por último en el mes de septiembre del 2015 se logró disminuir hasta un 6.11%. Se llegó a la conclusión de que los índices de accidentabilidad en

el 2015 se lograron reducir en todo excepto en el mes inicial, sin embargo en los demás meses se obtuvo mejores resultados que son muy benéficos para la empresa y el área de trabajo.

Según Gutiérrez, (2009), en su artículo de investigación titulado “Implementación de un Modelo de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en ETECSA”, donde tuvo por objetivo de diseñar e implementar un Modelo de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para una Unidad Organizativa, con el fin de mejorar las condiciones de trabajo, posee una metodología aplicada.

Los resultados demostraron un índice de riesgos laborales del 1.3% en el estado inicial y se pudo reducir hasta el 0%, así mismo, la eliminación de factores de riesgo paso de un 43% a un 79%, y por ultimo las eliminación de las condiciones inseguras (IECI) de trabajo eran solo del 30%, esto con la aplicación del sistema mencionado aumento hasta 75% lo cual refleja una gran mejora en la gestión de accidentes e incidentes laborales. Llegan a la conclusión de que implementar un sistema de esta magnitud resulta benéfica en varios aspectos.

Para Rivas, Núñez y Moscoso (2020), en su artículo de investigación titulado “Modelo de gestión para el control de riesgos en oleoductos, poliductos y gasoductos”, el cual tiene por objetivo el identificar los niveles de gestión de los riesgos y disminuir los riesgos junto con la seguridad industrial. La metodología de esta investigación es aplicativo.

Los resultados que muestra esta investigación son que después de la aplicación de este sistema se logró al cierre de 2014 - 2017, el nivel de riesgo de accidentes significativos se redujo de 30,16% al 10,26%, lo que se reflejó en la reducción del impacto de los daños a las instalaciones, el daño a los trabajadores y la reducción de las indemnizaciones. Concluyendo así que la aplicación de un sistema de este calibre reduce los accidentes graves, la frecuencia y los daños.

De manera similar, Zavaleta, Gutiérrez, Galarreta y Quiliche (2015), en su artículo de investigación titulado “Propuesta de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional en fabricaciones & construcciones FELBOJAR E.I.R.L. Chimbote, 2014” el cual tuvo por objetivo la elaboración de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional (SGSSO) para la prevención y

disminución de los riesgos laborales. La metodología de estudio fue pre-experimental, esto por la aplicación de dicha teoría.

Los resultados que generó esta investigación en la primera medición se pudo registrar un total de 15 incidentes, 59 actos peligrosos y 74 condiciones peligrosas de trabajo, estos representan el 100% de la situación peligrosa al inicio, luego de la aplicación del sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional se reportó en la matriz IPERC una disminución de 10 incidentes, (reducción del 66% en frecuencia de incidentes), también ha disminuido en 13 los actos peligrosos (disminución del 22% en frecuencia de actos peligrosos) y por último se ha disminuido en 41 sucesos las condiciones de peligro laboral (representa una disminución del 55.4% en frecuencia de sucesos de condiciones de peligro. Se ha concluido que la aplicación de un SGSSO disminuye los registros estadísticos primarios de accidentabilidad logrando así prevenir los riesgos laborales, y mejorando las condiciones del área de trabajo.

También Oré, Gutiérrez, Moreno y Gamarra (2015), en su artículo de investigación titulado “Diseño de un Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional para la reducción de peligros y riesgos en el área de Soldadura, Calderería y Maniobras en la empresa metalmecánica ECROMSA INDUSTRIAL S.A.C. Chimbote, 2015”, el cual tuvo por objetivo la de diseñar un sistema de seguridad y salud ocupacional, esto para la disminución de peligros y los riesgos de trabajo. La metodología del estudio fue del tipo descriptivo aplicativo y teniendo un tipo de diseño pre-experimental.

Los resultados mostrados son antes de la aplicación de dicho sistema, se registró 11 sucesos de riesgos graves, 17 moderados y 9 tolerables, cada uno de estos son el 100% de acuerdo a su clasificación, luego de la aplicación de dicho sistema se logró reducir un 54.54% los riesgos graves, se ha disminuido en un 41.18% los riesgos moderados, sin embargo, existió un aumento del 33.33% en los sucesos de riesgos tolerables. Se concluyó en esta investigación que se ha logrado reducir los peligros y riesgos.

A continuación se mencionan las teorías relacionadas sobre la variante dependiente y sus dimensiones.

Accidentes laborales

Según Oré, Gutiérrez, Moreno y Gamarra (2015), definen a los accidentes laborales como sucesos que pueden ocasionar lesiones personales, daños a los equipos, ambiente de trabajo o lugares cercanos, por lo que causarán pérdidas de alto costo en el proceso de producción. (p. 3). También Díaz, et al. (2020), lo definen como un "evento sorprendente e inesperado, puede o no puede causar lesiones y esto en su caso; puede o no ser daños físicos a la propiedad". (p. 4)

Frecuencia

Para Paredes, et al. (2018), La frecuencia de accidentes se refiere a la frecuencia porcentual de accidentes laborales sucedidos en el área de trabajo de una empresa. Esto con referencia al número de horas de trabajo realizadas en un período de tiempo, es un indicador porcentual de la cantidad de riesgo. En un accidente, el número de conductas y condiciones inseguras que causan lesiones personales. (p. 406)

$$\text{IFA} = \frac{N^{\circ} \text{ de accidentes sucedidos} * 100,000}{N^{\circ} \text{ total de horas trabajadas}}$$

Fuente: Adaptado de Gallego y Correa (2000)

Tomando como constante "k" las 100 mil horas hombre trabajados anualmente.

Gravedad

Para Oré, Gutiérrez, Moreno y Gamarra (2015), la gravedad de los accidentes se dividen en 3 tipos, los cuales son de carácter leve, incapacitantes y fatales según el impacto que genera. Aunque la seguridad absoluta en un área de trabajo no existe, sí hay indicadores que nos advierten que un accidente puede ocurrir de inmediato. (p. 3)

$$\text{IGA} = \frac{N^{\circ} \text{ de días de descanso} * 100,000}{N^{\circ} \text{ total de horas trabajadas}}$$

Fuente: Adaptado de Gallego y Correa (2000)

Tomando como constante "k" las 100 mil horas hombre trabajados anualmente.

Repercusión en días laborales

Gallego y Correa (2000), nos mencionan que: cuando sucede un accidente este puede llegar a ser incapacitante o mortal, siendo el primero al cual se le brindan días de descanso, esto para salvaguardar la salud y mejoría del accidentado. El registro de estos datos es importante, pues demuestra la media de días perdidos por cada cantidad de accidentes sucedidos que son los causantes de los descansos médicos. (p. 86)

$$\text{IPDI} = \frac{N^{\circ} \text{ total de días de incapacidad}}{N^{\circ} \text{ total de accidentes que generan incapacidad}}$$

Fuente: Adaptado de Gallego y Correa (2000)

Del mismo modo, a continuación se muestran las teorías relacionadas de la variable independiente y de sus dimensiones.

Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)

Zavaleta, et al. (2015), el plan SST es un conjunto de herramientas lógicas, que se caracteriza por la flexibilidad, puede adaptarse a la escala y las actividades de cualquier organización, y prestar atención a los peligros y riesgos generales o específicos de una actividad. Su complejidad puede variar desde requisitos básicos hasta requisitos de peligros múltiples en los que los riesgos y peligros pueden identificarse fácilmente, como la minería, la energía nuclear, la fabricación de productos químicos o la construcción. (p. 5)

Nivel de seguridad

Según Uribe, et al. (2015), el nivel de seguridad hace referencia a la existencia de la seguridad en un área de trabajo, esta se calcula mediante la aplicación de una serie de preguntas sobre temas de seguridad e incidencia de accidentes, su fórmula es la siguiente: (p. 140)

$$\text{INS} = \left(1 - \frac{\text{índice de frecuencia de accidentes final}}{\text{índice de frecuencia de accidentes inicial}} \right) * 100$$

Fuente: Adaptado de Uribe, et al. (2015)

Así mismo, para ubicar que categoría o nivel de seguridad posee el lugar estudiado los mismos autores lo dividen en 3 y son los siguientes:

Nivel de seguridad bajo: 10% - 50%

Nivel de seguridad medio: 51% - 80%

Nivel de seguridad alto: 81% - 100%

Evaluación de cumplimiento

Para Villacrés, Baño y García (2016), la realización de auditorías es para la verificación del cumplimiento del sistema de seguridad y salud ocupacional, este diagnóstico o análisis permite caracterizar la situación del sistema de gestión de la seguridad laboral y salud ocupacional en función de los objetivos propuestos con anterioridad. Encontrando ciertas fallas las cuales son consideradas observaciones y serán levantadas en el marco del cumplimiento (p. 71)

$$\text{IEC} = \frac{N^{\circ} \text{ total de Observaciones Levantadas}}{N^{\circ} \text{ total de Observaciones Encontradas}} * 100$$

Fuente: Adaptado de Villacrés, Baño y García (2016)

Capacitaciones

Para Zavaleta, et al. (2015), las capacitaciones es el reforzamiento de las competencias laborales, la formación propia, el conocimiento teórico y práctico de técnicas o formas de realizar una actividad de manera segura y efectivamente. Del mismo modo, el realizar las capacitaciones constantes brinda como resultado la capacidad de tener respuesta instantánea ante las posibles situaciones de emergencia que puedan ocurrir en el contexto laboral. (p. 18), se muestra el indicador para evaluar la frecuencia de las capacitaciones brindadas a los trabajadores del área de mantenimiento:

$$\text{IFC} = \frac{N^{\circ} \text{ de capacitaciones realizadas}}{N^{\circ} \text{ total de capacitaciones programadas}} * 100$$

Fuente: Adaptado de Zavaleta, et al. (2015)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Baptista, Fernández y Hernández (2014) nos dicen que: Una investigación es aplicada cuando se enfoca en la búsqueda de soluciones y aplicaciones de esta, manteniendo constantemente la objetividad para dominar las soluciones convenientes al problema. (P. 125)

Por ende, este proyecto de investigación es de tipo aplicado, esto por la razón de que se aplicó una teoría existente, el plan SST, que es un sistema de gestión de seguridad para ver el efecto que genera a la variable dependiente o problema el cual es los accidentes laborales.

Según Valderrama (2013), el estudio adoptará un diseño pre-experimental porque se recolectarán datos del área de trabajo y se agregarán pruebas antes y después del estudio para vincular las variables independientes y dependientes. (p. 176)

Por ende, con lo expresado por el autor Valderrama, el diseño de esta investigación fue de tipo pre-experimental, ya que existió un antes de la aplicación de la variable independiente al problema y un después de la aplicación de dicha variable, se observaron nuevos resultados.

3.2. Variables y operacionalización

Tomando en cuenta la existencia de dos variables, la cuales son la variable dependiente que es los accidentes laborales y la variable independiente el cual es el plan SST, a continuación se realiza la operacionalización de estas:

Tabla 1: Operacionalización de las variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicador | Escala de medición |
|---|---|---|-------------------------------|--|--------------------|
| Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) | La seguridad industrial y salud ocupacional son un conjunto de procesos de constante actualización, es necesario supervisar y evaluar los procedimientos y métodos aplicados, así como los personales que interviene directamente en el desempeño. (Valdez, 2010) | El plan SST, es un conjunto de procesos que buscan brindar un buen nivel de seguridad y deben ser evaluados en su cumplimiento con la aplicación de capacitaciones. | Nivel de seguridad industrial | Índice de nivel de seguridad: $\left(1 - \frac{\text{Índice de frecuencia de accidentes final}}{\text{Índice de frecuencia de accidentes inicial}}\right) * 100$ | Razón |
| | | | Evaluación de cumplimiento | Índice de evaluaciones de cumplimiento: $\frac{N^{\circ} \text{ total de Observaciones Levantadas}}{N^{\circ} \text{ total de Observaciones Encontradas}} * 100$ | Razón |
| | | | Capacitaciones | Índice de frecuencia de capacitaciones: $\frac{N^{\circ} \text{ de capacitaciones realizadas}}{N^{\circ} \text{ total de capacitaciones programadas}} * 100$ | Razón |
| Accidentes laborales | Según Oré, et al. (2015), definen a los accidentes laborales como sucesos que pueden ocasionar lesiones personales, daños a los equipos, ambiente de trabajo o lugares cercanos, por lo que causarán pérdidas de alto costo en el proceso de producción. (p. 3) | Sucesos repentinos que son basados por el factor de frecuencia de accidentabilidad, su gravedad y repercusión en los días laborales. | Frecuencia | Índice de frecuencia de accidentes: $\frac{N^{\circ} \text{ de accidentes sucedidos} * 100,000}{N^{\circ} \text{ total de horas trabajadas}}$ K = 100 mil horas laborales anuales. | Razón |
| | | | Gravedad | Índice de gravedad de accidentes: $\frac{N^{\circ} \text{ de días de descanso} * 100,000}{N^{\circ} \text{ total de horas trabajadas}}$ K = 100 mil horas laborales anuales. | Razón |
| | | | Repercusión en días laborales | Índice de promedio de días de Incapacidad: $\frac{N^{\circ} \text{ total de días de incapacidad}}{N^{\circ} \text{ total de accidentes que generan incapacidad}}$ | Razón |

3.3. Población, muestra, muestreo.

3.3.1. Población:

Para Valderrama, (2015), la población es todos los activos de la empresa u organización. En otras palabras, es un gran conjunto de bienes que ocupan un universo. (P. 182). La población en este proyecto de investigación serán los trabajadores del área de mantenimiento de la estación la Oroya de la empresa FCCA.

3.3.2. La muestra:

“Está asociada a un pequeño subgrupo de la población en estudio o también conocido como el universo de estudio.” (Baptista, Fernández y Hernández, 2014, p.176). La muestra para este proyecto de investigación estudio fueron solo los trabajadores del área de mantenimiento, 16 para ser exactos.

3.3.3. Muestreo:

El método de muestreo es el muestreo no probabilístico por conveniencia, esto fundamentado porque solo los trabajadores del área de mantenimiento están expuestos a los accidentes, los demás trabajadores de la estación la Oroya no están expuestos a los peligros encontrados. Nuestra unidad estadística será una persona. Con una unidad de análisis de las 12 semanas estudiadas.

3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión para el estudio:

Los criterios de inclusión son: solo los trabajadores del área de mantenimiento de la empresa FCCA-Oroya.

Los criterios de exclusión son: todas las personas que no trabajen en el área.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Estas técnicas conducen a la verificación de las preguntas o cuestiones planteadas, cada tipo de investigación determinará la tecnología/técnica a utilizar, y cada tecnología/técnica ha establecido sus propias herramientas o medios a utilizar. (Behar, 2008, P. 55)

Según Behar (2008) la observación incluye registros sistemáticos, efectivos y confiables de comportamientos o situaciones. Puede usarse como instrumento de medición en una variedad de situaciones. (p. 68)

Para este estudio se usó la observación de campo, se registraron y analizaron los datos e información que es propiedad de la empresa y otras fuentes de asesoramiento para generar nuevos datos relacionados con la investigación.

Según Valderrama (2013), los instrumentos de recolección de datos son herramientas para la investigación, las cuales son para almacenar información valiosa que se utilizará más adelante. (p. 195)

Para esta investigación se empleó el siguiente instrumento: Las fichas de observación en manera de formatos de medición y recojo de datos que fueron usados en la medición del efecto que genera el plan SST a la variable dependiente. Dichas fichas se muestran en anexos, del mismo modo se usa de referencia los formatos establecidos por RM-050-2013-TR, los cuales son han sido elaborados a partir de la ley N° 29783 y el Decreto supremo N° 005-2012-TR.

Así mismo, se muestra los instrumentos que medirán los indicadores, se compone de la parte inicial donde están las ecuaciones y de la parte secundaria, donde están los formatos de recojo de datos de ambas variables.

Tabla 2: Instrumentos de ambas variables

Variable independiente: SST

| Indicadores | Ecuaciones | Valor | Unidad |
|--|--|----------|--------|
| Índice de nivel de seguridad | $INS = (1 - (IFA_F / IFA_I)) \times 100$ | Numérico | % |
| Índice de evaluación de cumplimiento | $IEC = (OB.L / OB.E) \times 100$ | Numérico | % |
| Índice de frecuencia de capacitaciones | $IFA = (C.R / C.P)$ | Numérico | % |

Variable dependiente: Accidentes laborales

| Indicadores | Ecuaciones | Valor | Unidad |
|---|-------------------------------|----------|--------|
| Índice de Frecuencia de accidentes | $IFA = (TA / H.Tr.T) * K$ | Numérico | % |
| Índice de Gravedad de accidentes | $IGA = (D.Des. / H.Tr.T) * K$ | Numérico | % |
| Índice de promedio de días de incapacidad | $IPDI = (TD.In / TA.In)$ | Numérico | días |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Tabla 3: Descripción de símbolos usados en las ecuaciones de los indicadores

| Símbolo | Descripción | Valor / ecuación |
|------------------|--|-----------------------|
| IFA _F | Índice de frecuencia de accidentes final | Valor numérico |
| IFA _I | Índice de frecuencia de accidentes inicial | Valor numérico |
| OB.L. | Observaciones levantadas | Valor numérico |
| OB.E. | Observaciones encontradas | Valor numérico |
| C.R. | Número de capacitaciones realizadas | Valor numérico |
| C.P. | Número de capacitaciones programadas | 5 capacitaciones |
| <hr/> | | |
| TA | Total de accidentes sucedidos | Valor numérico |
| K | Constante universal de horas anuales laboradas | 100.000 horas anuales |
| Hr.S | Horas de trabajo semanal | 48 horas |
| Sn.An | Semanas laborales mensuales | 4 semanas |
| NºTr. | Número de trabajadores | 16 trabajadores |
| H.Tr.T | Horas anuales laboradas de la empresa FCCA | NºTr. * Sn.An. * Hr.S |
| D.Des. | Días de descanso médico | Valor numérico |
| TD.In | Total días de incapacidad | Valor numérico |
| TA.In | Total de accidentes que causan incapacidad | Valor numérico |

Fuente: *Elaboración propia (2021)*

3.4.1. Validación de los instrumentos por expertos

La validación se realizó con el fin de demostrar que los instrumentos cumplen con lo establecido de claridad, pertinencia y relevancia. Estos instrumentos han sido evaluados por 3 expertos, dichos certificados de validez se muestran en los anexos.

A continuación se muestra la prueba binomial realizada para los 3 aspectos evaluados:

Tabla 4: Prueba binomial para evaluar la claridad.

| | Categoría | N | Prop. Observada | Prop. de prueba | Significación exacta (bilateral) |
|-----------|------------|---|-----------------|-----------------|----------------------------------|
| Experto 1 | Grupo 1 Si | 6 | 1.00 | 0.50 | 0.031 |
| | Total | 6 | 1.00 | | |
| Experto 2 | Grupo 1 Si | 6 | 1.00 | 0.50 | 0.031 |
| | Total | 6 | 1.00 | | |
| Experto 3 | Grupo 1 Si | 6 | 1.00 | 0.50 | 0.031 |
| | Total | 6 | 1.00 | | |

Fuente: *Elaboración propia (2021)*

Pv calculado = 0.031, y es menor a 0.05; por lo cual inferimos que la claridad evaluada por los tres expertos de los 6 indicadores son válidos de contenido.

Tabla 5: Prueba binomial para evaluar la pertinencia

| | Categoría | | N | Prop. Observada | Prop. de prueba | Significación exacta (bilateral) |
|-----------|-----------|----|---|-----------------|-----------------|----------------------------------|
| Experto 1 | Grupo 1 | Si | 6 | 1.00 | 0.50 | 0.031 |
| | Total | | 6 | 1.00 | | |
| Experto 2 | Grupo 1 | Si | 6 | 1.00 | 0.50 | 0.031 |
| | Total | | 6 | 1.00 | | |
| Experto 3 | Grupo 1 | Si | 6 | 1.00 | 0.50 | 0.031 |
| | Total | | 6 | 1.00 | | |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Pv calculado = 0.031, y es menor a 0.05; por lo cual inferimos que la pertinencia evaluada por los tres expertos de los 6 indicadores son válidos de contenido.

Tabla 6: Prueba binomial para evaluar la relevancia

| | Categoría | | N | Prop. Observada | Prop. de prueba | Significación exacta (bilateral) |
|-----------|-----------|----|---|-----------------|-----------------|----------------------------------|
| Experto 1 | Grupo 1 | Si | 6 | 1.00 | 0.50 | 0.031 |
| | Total | | 6 | 1.00 | | |
| Experto 2 | Grupo 1 | Si | 6 | 1.00 | 0.50 | 0.031 |
| | Total | | 6 | 1.00 | | |
| Experto 3 | Grupo 1 | Si | 6 | 1.00 | 0.50 | 0.031 |
| | Total | | 6 | 1.00 | | |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Pv calculado = 0.031, y es menor a 0.05; por lo cual inferimos que la relevancia evaluada por los tres expertos de los 6 indicadores son válidos de contenido.

3.5. Procedimientos

Para poder disminuir los accidentes ocurridos en el área de mantenimiento de la Empresa Ferrocarril Central Andino S.A se ha denominado implementar un plan de Seguridad y Salud en el Trabajo, para poder lograr dicho objetivo tenemos una serie de pasos a seguir que nos ayudaran a implementar dicha variable independiente, dichos pasos son:

Lo primero que debemos de hacer es realizar un diagnóstico general del área de mantenimiento, después se deberá solucionar los temas documentarios para cumplir con los requisitos obligatorios para implementar dicha variable solución;

luego de ello se deberá realizar una evaluación de riesgos esto se realiza observando las actividades realizadas por los trabajadores, se identifica y evalúa los sucesos de accidentabilidad, esto se hace mediante el IPERC, el cual nos servirá para recolectar datos de las causas, las consecuencias, sus índices y la solución que se le debe brindar a los accidentes sucedidos.

Como segundo paso, se debe dar un seguimiento al Sistema de Gestión, de manera diaria, semanal, mensual y anual. Seguido de la realización de capacitaciones o charlas cortas cada día que comiencen las actividades laborales al personal que tengamos a cargo, y de manera mensual una capacitación en temas de Seguridad, Accidentes y Prevención de accidentes a todos los trabajadores de la empresa FCCA S.A – Oroya.

Del mismo modo se deberá aplicar los instrumentos que nos ayudaran a tener un mejor manejo y supervisión al personal a la hora de llenar su AST (Autorización de Trabajo Seguro), esto es de suma importancia ya que al iniciar el día el trabajador mira los peligros de sus actividades diarias y esto hace que mientras la realice esté atento a ello.

Se deberá realizar una verificación de sus EPP's asignados cada día al iniciar las laborales, del mismo modo una verificación semanal para identificar fisuras o desgastes de los EPP's para su pronta renovación. Así mismo, se deberá aplicar las acciones correctivas que son denominadas el levantamiento de las observaciones, logrando de esta manera brindar soluciones a los problemas encontrados en las auditorías internas.

Como paso final se deberá realizar la campaña de orden y limpieza de la estación o área de mantenimiento general, esto se dará semanalmente para así disminuir el riesgo de sufrir accidentes en gran medida.

3.6. Método de análisis de datos

3.6.1. Análisis descriptivo.

Según Rendón, Villasís, y Miranda (2016) en su revista denominada "Estadística Descriptiva" el objetivo que tiene cualquier investigación es tener una evidencia objetiva mediante la cual la investigación que se está haciendo debe de traducirse

en datos o en cifras para así poder presentar una investigación clara y concisa.
(P.398)

Medidas de Tendencia Central, se analizará la media, la mediana y la moda:

Media: Es también conocida como el promedio que se le saca a la suma de por ejemplo un aglomerado artículos o también puede ser a la suma de cantidades X, en este caso la media considera en si a todos los puntos que se está sacando el promedio

Mediana: En este caso la Media es la que al ordenar los numero de mayo a menor se encuentra justo en el medio, la mediana no depende de los valores de las variables que tenga solamente su orden, generalmente los valores son numero exactos

Moda: La moda es el valor más entero entre un aglomerado de dígitos es decir prácticamente es el valor que más se repite entre un conjunto de números, la nada es una muestra muy clara y los valores que presenta puede ser cualitativos y cuantitativos.

3.6.2. Análisis inferencial.

Para Salazar y Del Castillo (2017), el análisis inferencial una rama de la estadística, que busca analizar y/o investigar una hipótesis, la cual es el posible resultado generado de la aplicación de un supuesto. (p. 14)

Dado que este proyecto utilizará menos de 30 datos, se utilizará la normalidad de Shapiro Wilk, con los datos obtenidos podremos saber si nuestra investigación es paramétrica o no paramétrica. Para estos análisis se utilizará el programa SPSS versión 25. En caso la prueba de normalidad sea paramétrico se utilizara el estadígrafo de T-deStudent y en caso sea No paramétrico se utilizara el estadígrafo de Wilcoxon para la contrastación de las hipótesis planteadas.

3.7. Aspectos éticos

Se empleará los datos brindados por la empresa Ferrocarril Central Andino (FCCA S.A) esta toma de datos está sustentado mediante una constancia de autorización, del mismo modo, en la realización de este estudio se protegerá toda información

brindada por la empresa ya que existe un trato de confidencialidad por el uso de la misma.

La investigación realizada por nosotros, ha recopilado la información proveniente de artículos de investigación indexados, citados de manera correcta para respetar la autoría de los autores, además de los lineamientos de la ética de la universidad, como también de la autenticidad de los datos mostrados en nuestra investigación.

IV. RESULTADOS

4.1. Como se implementó:

La implementación de la variable independiente se hizo de la siguiente manera, resaltando que se siguió los pasos de manera ordenada en el transcurso de toda la implementación:

4.1.1. Presentación del proyecto de investigación a la gerencia de Ferrocarril Central Andino – Oroya: En este procedimiento se le explico verbalmente en qué consistía el proyecto, el alcance, los objetivos, el cronograma de fechas y los requerimientos que se necesitarían. Se aprobó y se dio luz verde para iniciar el proyecto.

4.1.2. Elaboración de los lineamientos del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo: Realizamos los lineamientos de nuestra variable independiente, los cuales están de manera detallada en el ANEXO 1 y ANEXO 2.

4.1.3. Cumplimiento con los formatos requeridos y la documentación: Proceso en el cual se entregó a gerencia los documentos requeridos para la implementación de nuestra variable independiente. Es necesario cumplir con el marco normativo y legal para la aceptación de la implementación. (Visualizar anexo 1 y 2)

4.1.4. Reajustar las fechas primarias para un mejor control: Se procedió a determinar con precisión las fechas exactas donde se realizaran las capacitaciones, las auditorías internas y el recojo de datos.

4.1.5. Designación de actividades y roles a los integrantes de nuestro equipo de monitoreo en la ejecución: Mientras se imparten las capacitaciones, los días

posteriores su han ido supervisando los trabajos en el área de mantenimiento, registrando los accidentes que suceden y del mismo modo evaluando el conocimiento impartido en las capacitaciones.

4.1.6. Realización de las auditorías internas: Fueron realizadas en las fechas previstas, empezando desde la revisión de los EPP's, las herramientas de trabajo, el contexto y ambiente del trabajo, el orden, la comunicación entre compañeros, el manual de procedimientos de trabajo y otros. Se recogieron observaciones que deberán ser levantadas.

4.1.7. Levantamiento de observaciones: Aquí se realizó el procedimiento para mejorar y solucionar las observaciones encontradas en la auditoria, con esto hemos garantizado un aumento en la seguridad del lugar de trabajo y brindamos una mejor gestión del plan SST.

4.1.8. Recojo de datos: Procedimiento final, aplicado después de la implementación, se tomó 12 semanas después, finaliza el 06 de noviembre del 2021. Estos datos serán procesados y determinaremos los valores de nuestros indicadores según las semanas estudiadas.

4.2.- Estadística descriptiva:

Tabla 7: Resultados de los accidentes laborales (antes y después) (General)

| Meses pre-test. | Nº de semanas | Nº de accidentes semanales | Meses post-test. | Nº de semanas | Nº de accidentes semanales |
|-----------------|---------------|----------------------------|------------------|---------------|----------------------------|
| ABRIL | Semana 1 | 3 | AGOSTO | Semana 1 | 2 |
| | Semana 2 | 2 | | Semana 2 | 1 |
| | Semana 3 | 1 | | Semana 3 | 1 |
| | Semana 4 | 3 | | Semana 4 | 0 |
| MAYO | Semana 5 | 2 | SETIEMBRE | Semana 5 | 2 |
| | Semana 6 | 1 | | Semana 6 | 1 |
| | Semana 7 | 3 | | Semana 7 | 1 |
| | Semana 8 | 2 | | Semana 8 | 1 |
| JUNIO | Semana 9 | 3 | OCTUBRE | Semana 9 | 1 |
| | Semana 10 | 2 | | Semana 10 | 0 |
| | Semana 11 | 3 | | Semana 11 | 0 |
| | Semana 12 | 3 | | Semana 12 | 0 |
| | TOTAL: | 28 | NOVIEMBRE | TOTAL: | 10 |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Estadísticos

| | | ACD_Antes | ACD_Despues |
|---------|----------|-----------|-------------|
| N | Válido | 12 | 12 |
| | Perdidos | 0 | 0 |
| Media | | 2,3333 | ,8333 |
| Mediana | | 2,5000 | 1,0000 |
| Moda | | 3,00 | 1,00 |

Estadísticos descriptivos

| | N | Mínimo | Máximo | Media |
|----------------------|----|--------|--------|--------|
| ACD_Antes | 12 | 1,00 | 3,00 | 2,3333 |
| ACD_Despues | 12 | ,00 | 2,00 | ,8333 |
| N válido (por lista) | 12 | | | |

Interpretación: De la tabla 7, se muestra el resumen de los accidentes laborales sucedidos; se puede entender que la media al inicio fue de 2.3333, y la media después de la aplicación de la variable independiente es de 0.8333, mostrando así una reducción en la media de accidentes sucedidos. Del mismo modo los valores máximos y mínimos del antes y del después.

Tabla 8: Resultados del índice de frecuencia de accidentes (antes y después) (Dimensión 1)

| Índice de frecuencia de accidentes pre-test. | | IFA - Semanal | Índice de frecuencia de accidentes post-test. | | IFA - Semanal | |
|--|-----------|---------------|---|------------------|---------------|-------|
| ABRIL | Semana 1 | 0.977 | AGOSTO | Semana 1 | 0.651 | |
| | Semana 2 | 0.651 | | Semana 2 | 0.326 | |
| | Semana 3 | 0.326 | | SETIEMBRE | Semana 3 | 0.326 |
| | Semana 4 | 0.977 | | | Semana 4 | 0.000 |
| MAYO | Semana 5 | 0.651 | Semana 5 | | 0.651 | |
| | Semana 6 | 0.326 | Semana 6 | | 0.326 | |
| | Semana 7 | 0.977 | Semana 7 | 0.326 | | |
| | Semana 8 | 0.651 | OCTUBRE | Semana 8 | 0.326 | |
| JUNIO | Semana 9 | 0.977 | | Semana 9 | 0.326 | |
| | Semana 10 | 0.651 | | Semana 10 | 0.000 | |
| | Semana 11 | 0.977 | | Semana 11 | 0.000 | |
| | Semana 12 | 0.977 | NOVIEMBRE | Semana 12 | 0.000 | |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Estadísticos

| | | IFA_Antes | IFA_Despues |
|---------|----------|-----------|-------------|
| N | Válido | 12 | 12 |
| | Perdidos | 0 | 0 |
| Media | | ,7595 | ,2713 |
| Mediana | | ,8138 | ,3255 |
| Moda | | ,98 | ,33 |

Estadísticos descriptivos

| | N | Mínimo | Máximo | Media |
|----------------------|----|--------|--------|-------|
| IFA_Antes | 12 | ,33 | ,98 | ,7595 |
| IFA_Despues | 12 | ,00 | ,65 | ,2713 |
| N válido (por lista) | 12 | | | |

Interpretación: De la tabla 8, se muestra el resumen del índice de frecuencia de accidentes laborales; se puede demostrar que la media al inicio fue de 0.7595, y la media después de la aplicación de la variable independiente es de 0.2713, mostrando así una reducción en la media del IFA. Del mismo modo los valores máximos y mínimos del antes y del después.

Tabla 9: Resultados del índice de gravedad de accidentes (antes y después)
(Dimensión 2)

| Índice de gravedad de accidentes pre-test. | | IGA - Semanal | Índice de gravedad de accidentes post-test. | | IGA - Semanal | |
|--|-----------|---------------|---|-----------|---------------|-------|
| ABRIL | Semana 1 | 0.000 | AGOSTO | Semana 1 | 0.000 | |
| | Semana 2 | 0.651 | | Semana 2 | 0.000 | |
| | Semana 3 | 0.326 | | SETIEMBRE | Semana 3 | 0.326 |
| | Semana 4 | 0.326 | | | Semana 4 | 0.000 |
| MAYO | Semana 5 | 0.000 | Semana 5 | | 0.000 | |
| | Semana 6 | 0.651 | Semana 6 | | 0.000 | |
| | Semana 7 | 0.000 | Semana 7 | 0.000 | | |
| | Semana 8 | 0.326 | OCTUBRE | Semana 8 | 0.000 | |
| JUNIO | Semana 9 | 0.000 | | Semana 9 | 0.000 | |
| | Semana 10 | 0.651 | | Semana 10 | 0.000 | |
| | Semana 11 | 0.000 | | Semana 11 | 0.000 | |
| | Semana 12 | 0.000 | NOVIEMBRE | Semana 12 | 0.000 | |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Estadísticos

| | | IGA_Antes | IGA_Despues |
|---------|----------|-----------|-------------|
| N | Válido | 12 | 12 |
| | Perdidos | 0 | 0 |
| Media | | ,2441 | ,0271 |
| Mediana | | ,1628 | ,0000 |
| Moda | | ,00 | ,00 |

Estadísticos descriptivos

| | N | Mínimo | Máximo |
|----------------------|----|--------|--------|
| IGA_Antes | 12 | ,00 | ,65 |
| IGA_Despues | 12 | ,00 | ,33 |
| N válido (por lista) | 12 | | |

Interpretación: De la tabla 9, se muestra el resumen del índice de gravedad de accidentes laborales; se puede demostrar que la media al inicio fue de 0.2441, y la media después de la aplicación de la variable independiente es de 0.0271, mostrando así una reducción en la media del IGA. Del mismo modo los valores máximos y mínimos del antes y del después.

Tabla 10: Resultados del índice de promedio de días de Incapacidad (antes y después) (Dimensión 3)

| Índice de Promedio de Días de Incapacidad pre-test. | | IPDP - Semanal | Índice de Promedio de Días de Incapacidad post-test. | IPDP - Semanal | |
|---|-----------|----------------|--|----------------|-----------|
| ABRIL | Semana 1 | 0 | AGOSTO | Semana 1 | 0 |
| | Semana 2 | 2 | | Semana 2 | 1 |
| | Semana 3 | 1 | | Semana 3 | 0 |
| | Semana 4 | 1 | | Semana 4 | 0 |
| MAYO | Semana 5 | 0 | SETIEMBRE | Semana 5 | 0 |
| | Semana 6 | 2 | | Semana 6 | 0 |
| | Semana 7 | 0 | | Semana 7 | 0 |
| | Semana 8 | 1 | | Semana 8 | 0 |
| JUNIO | Semana 9 | 0 | OCTUBRE | Semana 9 | 0 |
| | Semana 10 | 2 | | Semana 10 | 0 |
| | Semana 11 | 0 | | Semana 11 | 0 |
| | Semana 12 | 0 | | NOVIEMBRE | Semana 12 |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Estadísticos

| | | IPDI_Antes | IPDI_Despues |
|---------|----------|------------|--------------|
| N | Válido | 12 | 12 |
| | Perdidos | 0 | 0 |
| Media | | ,7500 | ,0833 |
| Mediana | | ,5000 | ,0000 |
| Moda | | ,00 | ,00 |

Estadísticos descriptivos

| | N | Mínimo | Máximo |
|----------------------|----|--------|--------|
| IPDI_Antes | 12 | ,00 | 2,00 |
| IPDI_Despues | 12 | ,00 | 1,00 |
| N válido (por lista) | 12 | | |

Interpretación: De la tabla 9, se muestra el resumen del índice de promedio de días de incapacidad; se puede demostrar que la media al inicio fue de 0.7500, y la media después de la aplicación de la variable independiente es de 0.0833, mostrando así una reducción en la media del IPDI. Del mismo modo los valores máximos y mínimos del antes y del después. Se muestra más detalles de los indicadores de la variable independiente en el anexo 1.

4.3.- Estadística inferencial:

Prueba de normalidad: Accidentes Laborales

Determinando que la cantidad de datos de esta investigación es <30, se aplica la prueba de normalidad de los datos mediante el Shapiro wilk.

Tabla 11: Prueba de normalidad de los Accidentes laborales sucedidos

| | Shapiro-Wilk | | |
|-------------------------|--------------|----|------|
| | Estadístico | gl | Sig. |
| ACCID_LABORALES_Antes | ,777 | 12 | ,005 |
| ACCID_LABORALES_Despues | ,818 | 12 | ,015 |

a. Corrección de significación de Lilliefors

Interpretación. Se puede verificar a partir de la Tabla 11, que la significancia de los accidentes laborales ocurridos antes (0.005) y la significancia después (0.015), son valores menores a 0.05. Por ello, con las reglas de decisión establecidas, se muestra que posee comportamientos del tipo no paramétricos. Como se desea

determinar si ha disminuido los sucesos de accidentes laborales, se analizará utilizando Wilcoxon.

Contrastación de la hipótesis General:

H_0 = La implementación del plan SST no disminuirá los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya

H_a = La implementación del plan SST disminuirá los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya

Reglas de decisión:

$H_0: \mu_{\text{SucesosdeAccidentesLaboralesAntes}} \leq \mu_{\text{SucesosdeAccidentesLaboralesDespues}}$

$H_a: \mu_{\text{SucesosdeAccidentesLaboralesAntes}} > \mu_{\text{SucesosdeAccidentesLaboralesDespues}}$

Tabla 12: Pruebas no paramétricas, contrastación de hipótesis general

| Estadísticos descriptivos | | | | | |
|---------------------------|----|--------|------------------|--------|--------|
| | N | Media | Desv. Desviación | Mínimo | Máximo |
| ACD_Antes | 12 | 2,3333 | ,77850 | 1,00 | 3,00 |
| ACD_Despues | 12 | ,8333 | ,71774 | ,00 | 2,00 |

Estadísticos de prueba^a

| ACD_Despues - ACD_Antes | |
|----------------------------|---------------------|
| Z | -2,694 ^b |
| Sig. asintótica(bilateral) | ,007 |

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

Interpretación: Se logra visualizar en la Tabla 12, que el valor de la media de los sucesos de accidentes laborales antes (2,3333) y la media después (0,8333), cumple con lo mencionado de la Hipótesis alterna ($Media_antes > Media_despues$) en la regla de decisión, por lo que aceptamos la hipótesis de investigación alternativa, que comprueba que la implementación del plan SST disminuirá los sucesos de accidentes laborales en el área de mantenimiento de FCCA-Oroya.

Prueba de normalidad: Dimensión Frecuencia de accidentes

Determinando que la cantidad de datos de esta investigación es <30, se aplica la prueba de normalidad de los datos mediante el Shapiro wilk.

Tabla 13: Prueba de normalidad del Índice de Frecuencia de Accidentes laborales

| | Shapiro-Wilk | | |
|-------------|--------------|----|------|
| | Estadístico | gl | Sig. |
| IFA_Antes | ,777 | 12 | ,005 |
| IFA_Despues | ,818 | 12 | ,015 |

a. Corrección de significación de Lilliefors

Interpretación: Se puede verificar a partir de la Tabla 13, que la significancia del índice de frecuencia de los accidentes laborales ocurridos antes (0.005) y la significancia después (0.015), son valores menores a 0.05 Por ello, con las reglas de decisión establecidas, se muestra que posee comportamientos del tipo no paramétricos. Como se desea determinar si el índice de frecuencia de accidentes laborales ha disminuido, se analizará utilizando Wilcoxon.

Contrastación de la hipótesis específica 1:

H_0 = La implementación del plan SST no disminuirá la frecuencia de accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya

H_a = La implementación del plan SST disminuirá la frecuencia de accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya

Reglas de decisión:

$H_0: \mu_{\text{Índice de Frecuencia de Accidentes Antes}} \leq \mu_{\text{Índice de Frecuencia de Accidentes Despues}}$

$H_a: \mu_{\text{Índice de Frecuencia de Accidentes Antes}} > \mu_{\text{Índice de Frecuencia de Accidentes Despues}}$

Tabla 14: Pruebas no paramétricas, contrastación de hipótesis específica 1

| Estadísticos descriptivos | | | | | |
|---------------------------|----|-------|------------------|--------|--------|
| | N | Media | Desv. Desviación | Mínimo | Máximo |
| IFA_Antes | 12 | ,7595 | ,25342 | ,33 | ,98 |
| IFA_Despues | 12 | ,2713 | ,23364 | ,00 | ,65 |

Estadísticos de prueba^a

IFA_Despues - IFA_Antes

| | |
|----------------------------|---------------------|
| Z | -2,694 ^b |
| Sig. asintótica(bilateral) | ,007 |

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

Interpretación: Se logra visualizar en la Tabla 14, que el valor de la media del Índice de Frecuencia de accidentes laborales antes (0.7595) y la media después (0,2731), cumple con lo mencionado de la Hipótesis alterna ($Media_antes > Media_después$) en la regla de decisión, por lo que aceptamos la hipótesis de investigación alterna, que comprueba que la implementación del plan SST disminuirá la frecuencia de accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya.

Prueba de normalidad: Dimensión gravedad de accidentes

Determinando que la cantidad de datos de esta investigación es <30 , se aplica la prueba de normalidad de los datos mediante el Shapiro wilk.

Tabla 15: Prueba de normalidad del Índice de Gravedad de Accidentes laborales

| | Shapiro-Wilk | | |
|-------------|--------------|----|------|
| | Estadístico | gl | Sig. |
| IGA_Antes | ,764 | 12 | ,004 |
| IGA_Despues | ,327 | 12 | ,000 |

a. Corrección de significación de Lilliefors

Interpretación: Se puede verificar a partir de la Tabla 15, que la significancia del índice de gravedad de los accidentes laborales ocurridos antes (0.004) y la significancia después (0.000), son valores menores a 0.05. Por ello, con las reglas de decisión establecidas, se muestra que posee comportamientos del tipo no paramétricos. Como se desea determinar si el índice de gravedad de los accidentes laborales ha disminuido, se analizará utilizando Wilcoxon.

Contrastación de la hipótesis específica 2:

H_0 = La implementación del plan SST no disminuirá la gravedad de los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya

H_a = La implementación del plan SST disminuirá la gravedad de los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya

Reglas de decisión:

$H_0: \mu_{\text{Índice de Gravedad de Accidentes Antes}} \leq \mu_{\text{Índice de Gravedad de Accidentes Después}}$

$H_a: \mu_{\text{Índice de Gravedad de Accidentes Antes}} > \mu_{\text{Índice de Gravedad de Accidentes Después}}$

Tabla 16: Pruebas no paramétricas, contrastación de hipótesis específica 2

| Estadísticos descriptivos | | | | | |
|---------------------------|----|-------|------------------|--------|--------|
| | N | Media | Desv. Desviación | Mínimo | Máximo |
| IGA_Antes | 12 | ,2441 | ,28191 | ,00 | ,65 |
| IGA_Después | 12 | ,0271 | ,09397 | ,00 | ,33 |

Estadísticos de prueba^a

| IGA_Después - IGA_Antes | |
|----------------------------|---------------------|
| Z | -2,070 ^b |
| Sig. asintótica(bilateral) | ,038 |

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

Interpretación: Se logra visualizar en la Tabla 16, que el valor de la media del Índice de Gravedad de los accidentes laborales antes (0.2441) y la media después (0,0271), cumple con lo mencionado de la Hipótesis alterna ($Media_{\text{antes}} > Media_{\text{después}}$) en la regla de decisión, por lo que aceptamos la hipótesis de investigación alterna, que comprueba que la implementación del plan SST disminuirá la gravedad de los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya.

Prueba de normalidad: Dimensión repercusión en días laborales

Determinando que la cantidad de datos de esta investigación es <30 , se aplica la prueba de normalidad de los datos mediante el Shapiro wilk.

Tabla 17: Prueba de normalidad del Índice de Promedio de Días de Incapacidad

| | Shapiro-Wilk | | |
|--------------|--------------|----|------|
| | Estadístico | gl | Sig. |
| IPDI_Antes | ,764 | 12 | ,004 |
| IPDI_Después | ,327 | 12 | ,000 |

a. Corrección de significación de Lilliefors

Interpretación: Se puede verificar a partir de la Tabla 17, que la significancia del índice de promedio de días de incapacidad antes (0.004) y la significancia después (0.000), son valores menores a 0.05. Por ello, con las reglas de decisión establecidas, se muestra que posee comportamientos del tipo no paramétricos. Como se desea determinar si el índice de promedio de días de incapacidad ha disminuido, se analizará utilizando Wilcoxon.

Contrastación de la hipótesis específica 3:

H_0 = La implementación del plan SST no disminuirá la repercusión a los días laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya

H_a = La implementación del plan SST disminuirá la repercusión a los días laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya

Reglas de decisión:

H_0 : $\mu_{\text{Índice de Promedio de Días de Incapacidad Antes}} \leq \mu_{\text{Índice de Promedio de Días de Incapacidad Después}}$

H_a : $\mu_{\text{Índice de Promedio de Días de Incapacidad Antes}} > \mu_{\text{Índice de Promedio de Días de Incapacidad Después}}$

Tabla 18: Pruebas no paramétricas, contrastación de hipótesis específica 3

| Estadísticos descriptivos | | | | | |
|---------------------------|----|-------|------------------|--------|--------|
| | N | Media | Desv. Desviación | Mínimo | Máximo |
| IPDI_Antes | 12 | ,7500 | ,86603 | ,00 | 2,00 |
| IPDI_Después | 12 | ,0833 | ,28868 | ,00 | 1,00 |

Estadísticos de prueba^a

| IPDI_Después - IPDI_Antes | |
|----------------------------|---------------------|
| Z | -2,271 ^b |
| Sig. asintótica(bilateral) | ,023 |

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

Interpretación: Se logra visualizar en la Tabla 18, que el valor de la media del Índice de Promedio de Días de Incapacidad antes (0.7500) y la media después (0,0833), cumple con lo mencionado de la Hipótesis alterna ($Media_antes > Media_después$) en la regla de decisión, por lo que aceptamos la hipótesis de investigación alterna, que comprueba que la implementación del plan SST disminuirá la repercusión a los días laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya.

V. DISCUSIÓN

Analizando nuestro objetivo general, el cual fue de explicar el efecto que tendrá la implementación del plan SST en los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021, logramos determinar que la media de los accidentes laborales sucedidos antes era 2.3333 y el después es de 0.8333, logrando así con la aplicación de dicha variable independiente una disminución en 2.000 de la media de sucesos de accidentes laborales, demostrando así nosotros que luego de la aplicación de nuestra variable independiente que es el plan SST, hemos podido disminuir los accidentes laborales en la medida mencionada. Esto comparando con la investigación de Zavaleta, Gutiérrez, Galarreta y Quiliche (2015), en su investigación titulado “Propuesta de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional en fabricaciones & construcciones FELBOJAR E.I.R.L. Chimbote, 2014” han analizado y determinado el estado inicial con datos de media de 15 accidentes e incidentes laborales, luego de la aplicación de una variable independiente en gestión de seguridad y salud ocupacional se obtuvo una media de 5 accidentes o incidentes, concluyendo de esta manera que existió una reducción del 66% en medias.

Esta investigación al ser analizada frente a la nuestra comparte una misma dirección, ambas poseen el método aplicativo, así como también son investigaciones pre-experimentales y poseen por objetivo el de disminuir la variable dependiente, por ello, en su investigación ellos han logrado disminuir las medias de los accidentes. Determinando y concluyendo que la implementación de variables de seguridad y salud ocupacional logra disminuir la cantidad de accidentes laborales.

Analizando el objetivo específico 1, el cual ha sido Explicar el efecto de la implementación del plan SST en la frecuencia de accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021. Hemos logrado demostrar que la media del índice de frecuencia antes era de un 75.95%, y la media del IFA después es de un 27.13%, demostrando una reducción del 48.82% en la media del índice de frecuencia de accidentes laborales. Concluyendo así nosotros que luego de la aplicación de nuestra variable independiente que es el plan SST, hemos

podido disminuir el índice de frecuencia de accidentes laborales en la medida mencionada.

Esto comparando con la investigación de Franciosi y Vidarte (2020), en su investigación titulado “Implementación de un Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y la accidentabilidad y productividad en una industria arrocera”, quienes concluyeron que la implementación de dicha variable independiente logro que de los 81 accidentes e incidentes totales iniciales (100%), para el 2014 lograron disminuirlo en un 75.31% en la frecuencia de accidentes e incidentes laborales.

Seguido del mismo modo de los autores Villacrés, Baño y García (2016), en su artículo de investigación titulada “Modelo de implementación del sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales en una industria láctea de Riobamba - Ecuador”, que concluyeron en que lograron disminuir el índice de accidentes e incidentes laborales que era 18.54% se pudo reducir hasta 3.3%.

Demostrando ambas investigaciones que la implementación de un plan SST aplicada en nuestra investigación al ser comparada con la de dichas investigaciones comparten resultados encaminados a la disminución del índice de frecuencia de accidentes laborales.

Analizando el objetivo específico 2, el cual fue de Explicar el efecto que tendrá la implementación del plan SST en la gravedad de los accidentes laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021. Hemos demostrado que la media del índice de gravedad de accidentes laborales antes era de un 24.41%, y la media del IGA después es de un 2.71%, demostrando de esta manera una reducción del 21.7% en la media del índice de gravedad de accidentes laborales. Concluyendo así nosotros que luego de la aplicación de nuestra variable independiente que es el plan SST, hemos podido disminuir el índice de gravedad de los accidentes laborales en la medida mencionada. Esto comparando con la investigación de Rivas, Núñez y Moscoso (2020), que demostraron la existencia de que al cierre de 2014 al 2017, el índice de gravedad o accidentes graves al estado inicial era de un 30,16%, al finalizar el nuevo resultado fue de un 10,26%, demostrando de este modo que la aplicación de una variable de seguridad y salud en el trabajo brinda beneficios que salvaguardan la vida de los trabajadores.

Así mismo, los autores Paredes, Paredes, Mayorga, Cepeda y Quinga (2018), en su investigación titulada “Diseño e implementación de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SST), de Feanconstruc, de la ciudad de Macas, para minimizar la incidencia de accidentes en el trabajo”, ellos han concluido y demostrado que la tasa inicial de accidentes laborales de carácter grave era del 4.38% y después de la aplicación en la etapa final se redujo hasta los 0.25%. Por lo cual demostraron que es importante la implementación de un sistema de gestión en seguridad y salud, esto con el fin de reducir todos los factores negativos.

En comparación a nuestro estudio realizado ambos se asemejan en mostrar resultados de disminución de los índices de gravedad de accidentes laborales.

Analizando el objetivo específico 3, el cual ha sido Explicar el efecto que tendrá la implementación del plan SST en la repercusión de días laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021. Logramos demostrar que la media del índice de promedio de días de incapacidad era de un 0.7500, y la media del IPDI después es de un 0.8333, demostrando de esta manera una reducción del 0.6667 en la media del índice de promedio de días de incapacidad. Concluyendo así nosotros que luego de la aplicación de nuestra variable independiente que es el plan SST, hemos podido disminuir el índice de Promedio de Días de Incapacidad en la medida mencionada. Esto comparando con la investigación de Oré, Gutiérrez, Moreno y Gamarra (2015), ellos lograron determinar la existencia de 11 sucesos de riesgos graves, los cuales dejan incapacidad, luego de su implementación han logrado disminuirlo en un 54.54%, dando así solo 6 incapacidades o accidentes que generan incapacidad.

Esto en comparación con nuestra investigación encontramos relaciones en que ambas han logrado disminuir el promedio o media de días de incapacidad a su propia tasa o cantidad. También se demostró que la aplicación de dichas variables de seguridad, gestión de seguridad y salud en el trabajo logran disminuir la media de días de incapacidad mediante la disminución de los accidentes laborales.

VI. CONCLUSIONES

1. Se pudo demostrar que con la aplicación del plan de Seguridad y Salud en el Trabajo se ha disminuido las medias o los sucesos de accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA-Oroya en un 64.3%, o también de una media de 2.3333 hasta una media de 0.8333, concluyendo así que la implementación de la variable plan SST causo un efecto de disminución en las medias de los sucesos de accidentes laborales.
2. Se concluyó que después de la implementación del plan de Seguridad y Salud en el Trabajo se tuvo una media inicial del índice de frecuencia de accidentes laborales de un 75.95%, y la media después es de 27.13%, demostrando de este modo que se logró una disminución del 48.82% en el índice de frecuencia de accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA-Oroya. Mostrando así que el efecto que genera la variable independiente es la disminución al indicador del índice de frecuencia de accidentes laborales.
3. Se determinó el efecto que genera la implementación del plan de Seguridad y Salud en el Trabajo a la media del índice de gravedad de los accidentes laborales de un 24.41%, y la media después es de 2.71%, demostrando de este modo que se logró una disminución del 21.7% en el índice de gravedad de los accidentes laborales en el área de mantenimiento de la empresa FCCA-Oroya. Mostrando así que el efecto que genera la variable plan SST es la disminución del indicador de índice de gravedad de accidentes laborales.
4. Se demostró el efecto que genera la implementación del plan de Seguridad y Salud en el Trabajo a la media del índice de promedio de días de incapacidad de un 0.7500 días y la media después es de 0.0833 días, demostrando de este modo que se logró una disminución del 0.667 días en el índice de promedio de días de incapacidad en el área de mantenimiento de la empresa FCCA-Oroya. Mostrando así que el efecto que genera la variable plan SST es la disminución del indicador de índice de promedio de días de incapacidad.

VII. RECOMENDACIONES

- La empresa Ferrocarril Central Andino S.A. para mejorar y demostrar una existencia de la cultura de seguridad y estándares altos en materias de seguridad y salud ocupacional debería implementar el ISO 45001, esto brindaría una mejor gestión de los sistemas de seguridad y salud ocupacional, así mismo aprovechar los beneficios de la certificación que podría obtener al implantar este sistema.
- Es recomendable seguir realizando las capacitaciones en materia de seguridad en el trabajo, buenas prácticas laborales, el estudio e identificación de peligros como también la innovación en soluciones para mitigar los peligros latentes en las áreas de trabajo.
- Uno de los puntos débiles a mejorar es la comunicación entre los compañeros de trabajo, es necesario crear ese vínculo entre las personas que laboran en el área de mantenimiento, de tal modo, existirá una mejor conexión y comunicación entre ellos para así evitar fallas por la baja calidad de comunicación y compartición de datos o información.

REFERENCIAS

- AGULLO, Javier. Prevención de riesgos laborales. Madrid: Paraninfo, SA, 2015. 67 pp. ISBN: 9788428337502
Disponible en: <https://n9.cl/7lxe>
- ARIAS, Walter. Accidentabilidad laboral en Arequipa: Un estudio bibliométrico a partir de la prensa escrita desde el 2000 al 2009. Datos industriales [en línea]. 2016, 19 (1), 17-27 [fecha de Consulta 12 de Mayo de 2021]. ISSN: 1560-9146.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81650062003>
- BELTRÁN, Celina. HERNÁNDEZ, José. CASTAÑEDA, Luis. Análisis de Implementación de Seguridad Industrial en las Empresas Manufactureras de Arandas. Ra Ximhai [en línea]. 2018, 14 (3), [fecha de Consulta 23 de Abril de 2021]. ISSN: 1665-0441.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46158064002>
- CABRERA, Mario, UVIDIA, Gabriela y VILLACRES, Edison. Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, para la empresa de vialidad IMBAVIAL EP Provincia de Imbabura. Datos industriales [en línea]. 2017, n.o 20(1). [Fecha de Consulta 22 de Septiembre de 2021]. ISSN: 1560-9146.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81652135002>
- CHEMWENO, Peter. PINTELON, Liliane. NGANGA, Peter. VAN, Adriaan. Risk assessment methodologies in maintenance decision making: A review of dependability modelling approaches, Reliability Engineering & System Safety, Volume 173, 2018, ISSN 0951-8320.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ress.2018.01.011>
- CECILIA DE LA GARZA y ANNIE WEILL, Aportes del trabajo Colectivo a la gestión de la Seguridad laboral en situación de Riesgo en el Ámbito Ferroviario, 10 octubre del 2019. ISSN: 1646-5237
Disponible en: <https://doi.org/10.4000/laboreal.13274>

- DIAZ, Jorge. SUAREZ, Sharon. SANTIAGO, Rubi. BIZARRO, Esther. Accidentes laborales en el Perú: Análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. Revista venezolana de Gerencia, Volumen 25, Venezuela, 2020. ISSN: 1315-9984.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29062641021>

- FAGUA, Gloria, DE HOZ, Gina y JAIMES, José. Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo: Una revista desde los planes de emergencia. IPSA SCIENTIA [en línea]. 2018, n.o 3. [Fecha de Consulta 22 de Septiembre de 2021]. ISSN: 2711-4406
Disponible en: <https://latinjournal.org/index.php/ipsa/article/view/920/700>

- FRANCIOSI, Juan. VIDARTE, Annié. Implementación de un sistema de seguridad y salud en el trabajo y la accidentabilidad y productividad en una industria arrocera. Rev. Ingeniería: Ciencia, Tecnología e Innovación. Vol. 8 / N°1. 2020, ISSN: 2313-1926
Disponible en: <https://doi.org/10.26495/icti.v8i1.1548>

- GALLEGO, María. CORREA, Juan. Indicadores de accidentalidad laboral, normatividad y recomendaciones en Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea]. 2000, 18 (1), 81-93 [fecha de Consulta 10 de Junio de 2021]. ISSN: 0120-386X.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018107>

- GUTIÉRREZ, Nubia. Implementación de un Modelo de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en ETECSA. Tono: Revista Técnica de la Empresa de Telecomunicaciones de Cuba, S.A, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 52–57, 2009. ISSN: 1813-5056
Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=50733847&lang=es&site=eds-live>

- HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, María, Metodología de la investigación. 6 ed. México: Mc Graw Hill Educación, 2014, 634 pp. ISBN: 9781456223960

Disponible en:

<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

- HUAMAN, Manuel. Factores de Riesgo y Causas de lesión en los accidentes laborales de ocho provincias peruanas, Enero de 2020.

Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=145226611&lang=es&site=eds-live>

- ISHOLA, Felix. OLADOKUN, Victor. PETINRIN, Omolayo. OLATUNJI, Obafemi. AKINLABI, Stephen. A mathematical model and application for fire risk management in commercial complexes in South Africa, Results in Engineering, Volume 7, 2020, 100145, ISSN 2590-1230.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rineng.2020.100145>

- MAKKA, Katarina. Et al. Prevention and mitigation of injuries and damages arising from the activity of subliminal enterprises: A case study in Slovakia, Journal of Loss Prevention in the Process Industries, Volume 70, 2021, ISSN 0950-4230.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jlp.2021.104410>

- MORGADO, L. SILVA. FONSECA, L. Mapping Occupational Health and Safety Management Systems in Portugal: outlook for ISO 45001:2018 adoption. Procedia Manufacturing, Volume 38, 2019, ISSN 2351-9789.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2020.01.103>

- MORRISH, Colin. Incident prevention tools—incident investigations and pre-job safety analyses. International Journal of Mining Science and Technology, Volume 27, Issue 4, 2017, ISSN 2095-2686.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijmst.2017.05.009>

- MWANZA, Bupe. MBOHWA, Charles. Safety in Maintenance: An Improvement Framework, Procedia Manufacturing, Volume 8, 2017, ISSN 2351-9789.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2017.02.084>

- ORÉ, Emilio. GUTIERREZ, Elías. MORENO, César. GAMARRA, Elí. Diseño de un Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional para la reducción de peligros y riesgos en el área de Soldadura, Calderería y Maniobras en la empresa metalmeccánica ECROMSA INDUSTRIAL S.A.C. Chimbote, 2015. INGnosis. 2015; 1 (1):121-136. ISSN: 2414-8199
Disponible en:
<http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/INGnosis/article/view/1955>

- ORZÁES, F. DOMINNGO, R. MARÍN, M. Considerations for the Development of a Human Reliability Analysis (HRA) Model Oriented to the Maintenance Work Safety, Procedia Manufacturing, Volume 41, 2019, ISSN 2351-9789.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2019.07.045>

- PAREDES, Ligia. PAREDES, Armando. MAYORGA, Diego. CEPEDA, Ramiro. QUINGA, Milton. Diseño e implementación de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SST), de FEANCONSTRUC, de la ciudad de Macas, para minimizar la incidencia de accidentes en el trabajo. 2018, v. 3, sp 390. ISSN: 2550 - 682X
Disponible en: <https://doi.org/10.23857/pc.v3i7.564>

- RENDÓN, Mario. VILLASÍS, Miguel. MIRANDA, María. Estadística descriptiva. Revista Alergia México [en línea]. 2016, 63 (4), 397-407 [fecha de Consulta 20 de Junio de 2021]. ISSN: 0002-5151.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755026009>

- RIVAS, Alfonzo. NÚÑEZ, Sergio. MOSCOSO, Ronal. Modelo de gestión para el control de riesgos en oleoductos, poliductos y gasoductos. Industrial Data, (2020). 23(1), 73-94. ISSN: 1810-9993
Disponible en: <https://doi.org/10.15381/idata.v23i1.16716>

- SALAZAR, Cecilia. DEL CASTILLO, Santiago. Fundamentos básicos de estadística. Quito: Sin editorial. 2017. ISBN: 978-9942-30-616-6
Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/13720>

- SANCHEZ-HERRERA, Ismael. DONATE, Mario. Occupational safety and health (OSH) and business strategy: The role of the OSH professional in Spain, Safety Science, Volume 120, 2019, ISSN 0925-7535.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.06.037>
- SARKHEIL, Hamid. Risk and incident analysis on key safety performance indicators and anomalies feedback in south pars gas complex, Results in Engineering, Volume 9, 2021, 100210, ISSN 2590-1230.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rineng.2021.100210>
- SUNARYO. MOCHAMAD, Hamka. Safety Risks Assessment on Container Terminal Using Hazard Identification and Risk Assessment and Fault Tree Analysis Methods. Procedia Engineering, Volume 194, 2017, ISSN 1877-7058. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2017.08.150>
- URIBE, Melissa. GUTIERREZ, Elías. MORENO, César. GAMARRA, Elí. Implementación de un Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional para disminuir los accidentes de trabajo de la empresa acuícola Frozen Ocean Scallops. INGnosis. 2015;1(1):137-151. ISSN: 2414-8199
- VALDERRAMA, Santiago. Pasos para elaborar proyectos de investigación. 2ª. Ed. Lima: Editorial San Marcos, 2013. 495pp. ISBN: 9786123028787
Disponible en:
<https://www.bibvirtual.ucb.edu.bo/opac/Author/Home?author=Valderrama+Mendoza%2C+Santiago>
- VEGA, José. VARGAS, María. AMORES, Patricia. ARIAS, Susana. Riesgos psicosociales y la seguridad industrial en las lavanderías textiles del cantón pelileo. Revista de Comunicación de la SEECI [en línea]. 2017, (43), 135-149 [fecha de Consulta 23 de Abril de 2021]. ISSN: 1576-3420.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=523556566008>
- VILLACRES, E., BAÑO, D. GARCIA, T. (2016). Modelo de implementación del Sistema de Gestión de la Prevención de Riesgos laborales en una industria láctea de Riobamba- Ecuador. Industrial Data, 19(2), 69-77. ISSN: 1810-9993
Disponible en: <https://doi.org/10.15381/idata.v19i2.12817>

- ZAVALETA, Jheraldine. GUITIÉRREZ, Jaime. GALARRETA, Gracia. QUILICHE, Ruth. Propuesta de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional en fabricaciones & construcciones FELBOJAR E.I.R.L. Chimbote, 2014. INGnosis, 2015; 1 (1):2-21. ISSN: 2414-8199
Disponible en:
<http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/INGnosis/article/view/1904>

ANEXOS

ANEXO 1: Resultados de los indicadores de la variable independiente:

Tabla 19: Indicador de: Índice de Nivel de Seguridad:

| Índice de Nivel de Seguridad pre-test. | | INS | Índice de Nivel de Seguridad post-test. | | INS | |
|--|---------|--------|---|------------|---------|---------|
| ABRIL | Sem. 1 | 10.00% | AGOSTO | Sem. 1 | 33.33% | |
| | Sem. 2 | 20.00% | | Sem. 2 | 50.00% | |
| | Sem. 3 | 30.00% | | SEPTIEMBRE | Sem. 3 | 10.00% |
| | Sem. 4 | 10.00% | | | Sem. 4 | 100.00% |
| MAYO | Sem. 5 | 20.00% | Sem. 5 | | 10.00% | |
| | Sem. 6 | 30.00% | Sem. 6 | | 10.00% | |
| | Sem. 7 | 10.00% | Sem. 7 | 66.67% | | |
| | Sem. 8 | 20.00% | OCTUBRE | Sem. 8 | 50.00% | |
| JUNIO | Sem. 9 | 10.00% | | Sem. 9 | 66.67% | |
| | Sem. 10 | 20.00% | | Sem. 10 | 100.00% | |
| | Sem. 11 | 10.00% | | Sem. 11 | 100.00% | |
| | Sem. 12 | 10.00% | NOVIEMBRE | Sem. 12 | 100.00% | |

Fuente: Adaptación del pre-test; elaboración propia el post-test (2021)

Interpretación: los niveles de seguridad o el índice de nivel de seguridad brindado en el pre-test, fueron brindados por la misma empresa, por ello se han registrado gran cantidad de accidentes (28 accidentes en los meses pre-test analizados); es así que como lo mencionan los autores. Estos niveles de seguridad inicial pertenecen a niveles:

Tabla 20: Semanas con índice de nivel de seguridad bajo – PRE-TEST.

| | |
|---------|--------|
| Sem. 1 | 10.00% |
| Sem. 4 | 10.00% |
| Sem. 7 | 10.00% |
| Sem. 9 | 10.00% |
| Sem. 11 | 10.00% |
| Sem. 12 | 10.00% |

Fuente: Adaptación del pre-test (2021)

Interpretación: se demuestra así que las semanas mostradas en la tabla 20 son las semanas donde el nivel de seguridad era “bajo”; por ello los accidentes generados generaron un índice de frecuencia de accidentes muy altos en dichas semanas.

Tabla 21: Semanas con índice de nivel de seguridad bajo – POST-TEST.

| | |
|--------|---------------|
| Sem. 1 | 33.33% |
| Sem. 3 | 10.00% |
| Sem. 5 | 10.00% |
| Sem. 6 | 10.00% |

Fuente: *Elaboración propia (2021)*

Interpretación: De la tabla 21 se puede apreciar que a pesar de haber implementado el plan SST aun en esas 4 semanas el nivel de seguridad fue bajo, por lo cual se registraron la misma cantidad de accidentes que sucedieron en las mismas semanas del pre-test. Por ello en las auditorías internas se determinaron las causas que generaron dichos índices bajos en el nivel de seguridad.

Tabla 22: Semanas con índice de nivel de seguridad medio – POST-TEST.

| | |
|--------|--------|
| Sem. 2 | 50.00% |
| Sem. 7 | 66.67% |
| Sem. 8 | 50.00% |
| Sem. 9 | 66.67% |

Fuente: *Elaboración propia (2021)*

Interpretación: De la tabla 22 se puede apreciar que a pesar de haber implementado el plan SST aun en esas 4 semanas el nivel de seguridad fue medio, sin embargo los accidentes que se registraron fueron mínimos a comparación de las semanas estudiadas en el pre-test. Por ello también fue necesario aplicar más auditorías internas para así encontrar y levantar las observaciones (fallos) que generaron dichos índices bajos en el nivel de seguridad.

Tabla 23: Semanas con índice de nivel de seguridad alto – POST-TEST.

| | |
|---------|----------------|
| Sem. 4 | 100.00% |
| Sem. 10 | 100.00% |
| Sem. 11 | 100.00% |
| Sem. 12 | 100.00% |

Fuente: *Elaboración propia (2021)*

Interpretación: De la tabla 23 se puede apreciar que luego de haber implementado el plan SST en estas 4 semanas el nivel de seguridad fue alto, por lo cual se registraron 0 accidentes laborales. Demostrando así la gran efectividad en dichas semanas.

Tabla 24: Auditorías con encuentro y levantamiento de observaciones; nivel de cumplimiento – POST-TEST.

| Cantidad de auditorías internas | | Nº de observaciones encontradas | Nº de observaciones levantadas | % |
|--|-------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------|
| AGST - SET - OCT | Auditoría 1 | 5 | 4 | 80% |
| | Auditoría 2 | 3 | 3 | 100% |
| | Auditoría 3 | 2 | 1 | 50% |
| | Auditoría 4 | 4 | 3 | 75% |
| | Auditoría 5 | 1 | 1 | 100% |
| Total observaciones encontradas | | | Promedio = | 81.0% |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Interpretación: De la tabla 24 se puede observar las cantidades de observaciones encontradas en las auditorías internas, así como también la cantidad de observaciones levantadas por auditoría. Dando a entender un nivel de cumplimiento del 81% en levantamiento de las observaciones encontradas.

Tabla 25: Capacitaciones programas y realizadas; nivel de cumplimiento – POST-TEST.

| Cantidad de Capacitaciones | | Nº de capacitaciones programadas | Nº de capacitaciones realizadas | % |
|----------------------------|----------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------|
| AGST - SET - OCT - NOV | Capacitación 1 | 1 | 1 | 100% |
| | Capacitación 2 | 1 | 1 | 100% |
| | Capacitación 3 | 1 | 1 | 100% |
| | Capacitación 4 | 1 | 1 | 100% |
| | Capacitación 5 | 1 | 1 | 100% |
| | | | Promedio = | 100% |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Interpretación: De la tabla 25 se puede observar las cantidades de capacitaciones que fueron programas, así mismo se muestra la cantidad de capacitaciones que se han realizado. Dando a entender un nivel de cumplimiento del 100% en la realización de las capacitaciones programadas.

Anexo 2: Marco normativo de la Seguridad y Salud en el trabajo (SST) tomando en base de análisis la Ley N° 29783, la Ley N° 30222 el cual modifica a la Ley N° 29783 y el D.S. 005-2012-TR.

1. Ley N° 29783: Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo

Ley que tiene por finalidad el impulso de una civilización de precaución de los riesgos de labores en el estado, involucrando deberes de precaución por parte de los empleadores y el patrón fiscalizador y vigilancia por parte del estado (Ley N° 29783, 2011).

2. Decreto Supremo 005-2012-TR: Reglamento de la Ley 29783 Documento que desarrolla la ley 29783, Ley de SST.

3. Ley N° 30222: Ley que modifica la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. “La actual Ley tiene por finalidad cambiar algunos artículos de las Ley 29783, con el propósito de realizar más sencilla la utilización de lo preparado en la ley de Seguridad y salud. (Ley N° 30222, 2014).”

A continuación se desglosará lo que se requiere en un sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional:

1.1. Ley N°29783

- ✓ Creación de la Política.
- ✓ Creación del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (CSST).
- ✓ Creación del RISST (Reglamento Interno de SST).
- ✓ Líneas de comunicación.

1.2. Formatos referenciales obligatorios del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo D.S. N°005 - 2012 TR de la Ley N°29783.

Estos formatos tiene la finalidad de orientar al empleador hacia una idónea implementación del SST y un completo cumplimiento de la norma que se encuentre vigente. Según el **Artículo 33°**: “Registros obligatorios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo” del D.S. N° 005-2012-TR son los siguientes:

- a) Registros de los accidentes de trabajo, enfermedades ocupacionales, incidentes peligrosos y otros incidentes, en el que deben constar la investigación y las medidas correctivas.

- b) Registros de exámenes médicos ocupacionales.
- c) Registros del monitoreo de agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales y factores de riesgo disergonómicos.
- d) Registros de inspecciones internas de seguridad y salud en el trabajo.
- e) Registros de estadísticas de seguridad y salud.
- f) Registros de equipos de seguridad o emergencia.
- g) Registros de inducción, capacitación, entrenamiento y simulacros de emergencia.
- h) Registros de auditorías.

Los registros a que se refiere el párrafo anterior deberán contener la información mínima establecida en los formatos que aprueba el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo mediante Resolución Ministerial.

Del mismo modo, **el Artículo 32º**, “La documentación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo que debe exhibir el empleador es la siguiente”:

- a. La política y objetivos en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- b. El Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- c. La identificación de peligros, evaluación de riesgos y sus medidas de control.
- d. El mapa de riesgo.
- e. La planificación de la actividad preventiva.
- f. El Programa Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La documentación referida en los incisos (a) y (c) debe ser exhibida en un lugar visible dentro de centro de trabajo, sin perjuicio de aquella exigida en las normas sectoriales respectivas.

4. El SST frente a la Ley N° 29783 y el D.S 005-2012-TR.

Es primario mencionar que la Ley N° 29783 fue aprobada por el estado y posee gran importancia en el marco normativo de la seguridad y salud en el trabajo.

Sin embargo, tanto como la Ley N° 29783 y el SST comparten ciertos objetivos en común, como brindar seguridad a los trabajadores, la prevención de riesgos y peligros, el crear una cultura de seguridad, la integración y concientización de los

trabajadores en general, el velar por la seguridad y salud óptima de los trabajadores y hacer que se cumpla lo establecido en sus planes de seguridad anual (PAS).

Así mismo, el SST se encuentra entre los modelos de gestión de seguridad más viables. Una empresa puede elegir implantarlo para cumplir con las normas de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (OHSAS 18001). Se entiende que el SST ayuda y mejora la gestión que se está realizando en una organización en el rol de brindar seguridad y la salud en el trabajo.

Una de las diferencias entre la Ley N° 29783 y el SST es que la Ley N° 29783 puede aplicarse a cada uno de los sectores económicos y de servicios que existen, protegiendo a cada trabajador bajo un régimen de actividad laboral privada en todo el territorio nacional, funcionarios del sector público, empleados de las Fuerzas Armadas y de la Policía y los empleados por cuenta propia.

Anexo 2.1: Programa de implementación del SST en base a la Ley N° 29783, en el área de mantenimiento de FCCA. SA.

PRIMERA ETAPA: Implementar el plan de Seguridad y Salud en el Trabajo en la empresa Ferrocarril Central Andino S.A.

1.1. Gestión

Se realizó una reunión con el gerente administrativo de la empresa sobre los beneficios que tendrá la implementación del plan SST, al término de la reunión se aprobó la implementación.

SEGUNDA ETAPA: Implementación del SST basado en la Ley N° 29783 “Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo”

2.1. Creación de la Política

Antes de realizar la política es necesario recordar que esta es una “declaración de principios generales que una organización o empresa se compromete a cumplir”, además que esta debe de ser firmada por la máxima autoridad.

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FERROCARRIL CENTRAL ANDINO S.A. (FCCA), es una organización que se dedica a la prestación de servicios de transporte tanto de personas como materiales mineros, líquidos y sólidos, teniendo como prioridad el de mantener buenas prácticas en materia de seguridad y salud en el trabajo de sus diferentes áreas de trabajo como también el de sus clientes. Es por eso que se ha establecido los siguientes compromisos:

- i. Cumplir con los requisitos de la legislación nacional vigente, en relación a la SST, así como, los exigidos por nuestros clientes.
- ii. Velar que todas nuestras operaciones se realicen aplicando los más altos estándares en búsqueda de la protección de la seguridad y salud de todos los colaboradores.
- iii. Capacitar, entrenar y sensibilizar a todo el personal, con el único fin de crear en los colaboradores una cultura prevención.
- iv. Asegurar que los trabajadores contribuyan de forma activa en todos los elementos del SST.
- v. Implantar diferentes programas de seguridad, metas y objetivos siendo estos medibles, específicos, realistas, alcanzables y acotados en un marco de un tiempo.
- vi. Hacer que los trabajadores se comprometen en buscar la mejora continua, en relación a los desempeños de SST.

Dicha política ha sido aprobada por la Gerencia General, será difundida y distribuida a todos sus trabajadores, proveedores, visitantes, clientes y se encontrará a disposición del público en general. El cumplimiento es de carácter obligatorio.

2.2. Creación del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (CSST)

En el Artículo N°29 de la ley N°29783 nos dice que una empresa que está conformada por más de 20 trabajadores, se debe de constituir un Comité de SST y en el D.S. N°005-2012-TR

Cabe mencionar que el CSST está conformado en forma paritaria, es decir, por la misma cantidad de representantes empleadora como de la parte trabajadora. Tras una libre elección de los miembros, siendo estos los siguientes:

Representantes por parte del empleador:

TITULARES

1. Gerente Administrativo
2. Jefe de SST
3. Supervisor General

SUPLENTES

1. Jefa de R.R.H.H
2. Jefa de Costos y Presupuestos
3. Jefa de Almacén

Representes por parte de los trabajadores:

TITULARES

- 1) Meza Galindo, Anderson
- 2) Calderon Eduardo
- 3) Zarate Ponce, Maxwell

SUPLENTES

- 1) Quijada, Shirley
- 2) Morillo, Dessire
- 3) Galvez, Jesus

2.3. Creación del reglamento interno de seguridad y salud en el trabajo (RISST)

La ley N°29783 en el Artículo 34 exige a las empresas que cuentan con 20 a más trabajadores, la implementación del RISST, debido a ello se elaborará para la empresa FCCA S.A. un RISST, el cual tendrá un carácter normativo, además que

es un sustento disciplinario, es decir, permite sancionar aquellos incumplimientos de las normas por parte del colaborador, tiene una base legal, técnica y es dinámico, porque los cambios que se realicen de los procesos y las diversas formas de trabajar serán reflejadas en el mismo.

2.4. Líneas de comunicación

La línea de comunicación nos permite mantener una correcta coordinación entre las distintas áreas. Cabe mencionar que es importante contar con un directorio telefónico para así comunicarse en casos de:

- ✓ Situaciones que pueda poner en riesgo la seguridad y/o salud del trabajador (actos y condiciones sub estándar)
- ✓ Situaciones que no son propias de la actividad, que pongan en riesgo la integridad del colaborador o de las instalaciones.

A continuación se detallará el directorio telefónico:

Jefe de SST = 982 724 273

Supervisor de SST = 944 932 830

Coordinador de SST = 970 497 418

TERCERA ETAPA: Formatos referenciales obligatorios del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo D.S. N°005-2012-TR de la Ley N°29783

Estos tienen la finalidad de orientar al empleador hacia una idónea implementación y a un completo cumplimiento de la norma que se encuentre vigente. Según el Artículo 33°: “Registros obligatorios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo” del D.S. N° 005-2012-TR, estos se pueden apreciar en el “Anexo 14, 15 y 16.”

CUARTA ETAPA: Guía básica sobre el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

4.1. Creación de la lista de verificación de lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Para lograr la implementación del SST, es fundamental primero analizar y realizar una lista de verificación del SST en el estado actual.

4.2. Creación del programa anual de Seguridad y Salud en el Trabajo (Ver anexo 3)

Anexo 3: Programa Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo (PASST)

PLAN ANUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – FERROCARRIL CENTRAL ANDINO S.A. 2021

| ELABORADO POR: | REVISADO POR: | APROBADO POR: |
|------------------------------|--|--|
| Implementador de plan SST | Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo | Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo |

I. Alcance

El PASST aplicará a las operaciones en general que ejecuta el área de mantenimiento de la empresa Ferrocarril Central Andino S.A, de la sede La Oroya.

II. Política integrada de seguridad, salud ocupacional y ambiental

La Política Integrada de Ferrocarril Central Andino S.A. se establece según los principios del Art. N° 23 de la Ley N° 29783, actualmente se encuentra en la versión 01. Esta se puede observar en el Anexo 2, punto número 2.1.

III. Objetivos y metas

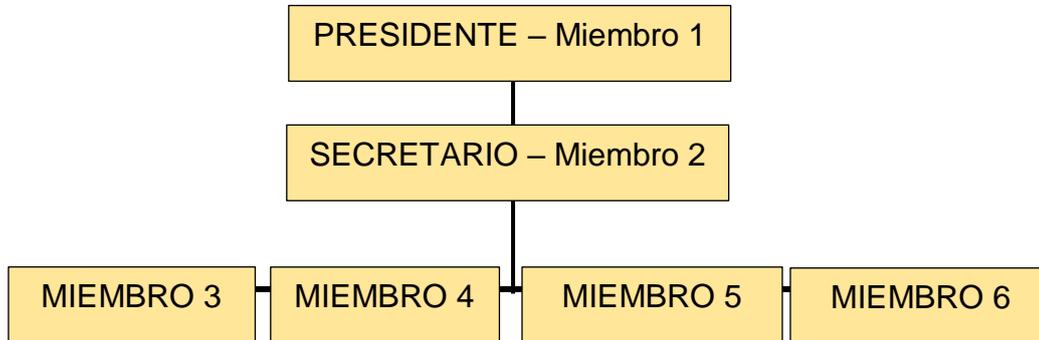
Se establecen 07 objetivos, siendo los siguientes:

1. Generar un sistema de comunicación y promoción de la SST que asegure la participación constante y el convenio visible de los jefes de área y trabajadores del área de mantenimiento.
2. Mejorar las competencias de los colaboradores en materia de SST.
3. Identificar y corregir las desviaciones del SST.
4. Disminuir la accidentabilidad laboral.
5. Ejecutar un plan de emergencia que permita responder adecuadamente ante una contingencia que se puede suscitar.
6. Brindar servicios con los más elevados estándares de seguridad a nuestros clientes.
7. Evaluar el SST en búsqueda de la mejora continua.

IV. Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (CSST):

Ferrocarril Central Andino S.A. cuenta con un Comité de SST el cual fue elegido el en diciembre del año 2020 con un periodo de vigencia de 2 años, este está estructurado de la siguiente manera.

Figura 1: Organigrama de los miembros del CSST



Fuente: Elaboración propia (2021)

El presidente como el secretario tiene algunas funciones adicionales dentro del comité, siendo estas:

Presidente

- Es el encargado de disponer el lugar donde se realizará la reunión como también el horario que se dará dicha reunión.
- Se encarga de preparar los temas a tratar.
- Él se encarga de dirigir dicha reunión.
- Se encarga de revisar el acta como también de verificar que las firmas de los representantes se encuentren en el acta.
- Se encarga de firmar nuevos acuerdos que se traten en la reunión.

Secretario

- Se encarga de avisar a los miembros del comité a las reuniones programadas por el presidente.
- Se encarga de apuntar en el acta todos los acuerdos tomados en la reunión
- Él es el encargado de realizar las actas en cada reunión pactada.

Mientras que las funciones de los representantes del comité son las siguientes:

Representantes

- Su función principal es asistir a las reuniones pactas por el comité.
- Tienen la función de capacitar a los colaboradores como llegar a motivar a que cumplas con las normas de la empresa.
- Cuando sucede un accidente, ellos como miembros del comité realizan la investigación del accidente, para así brindar mejoras en dichas actividades y evitar futuros accidentes repetitivos.
- Realizan inspecciones en materia de seguridad junto al resto de los miembros (presidente y secretario).

V. Identificación de peligros y evaluación de riesgos laborales y mapa de riesgo

5.1. Identificación de peligros y evaluación de riesgos laborales

Es necesario que los empleados en general, se comprometan con la identificación de peligro y con la evaluación de los riesgos, en búsqueda de minimizarlos y crear ambientes de trabajo seguro.

VI. ESTÁNDARES DE SEGURIDAD Y SALUD EN LAS OPERACIONES

A. Disposiciones Generales para Realizar Trabajos

Art. N°013: Para lograr un eficiente control de la seguridad y salud en el trabajo, el Gerente General, Jefaturas de Departamentos, supervisores y otros niveles de supervisión deberán:

- Efectuar inspecciones sistemáticas de control de seguridad y salud ocupacional que incluyan: locales y áreas de trabajo; instalaciones, herramientas, maquinarias y equipo; y, cumplimiento de los procedimientos e instructivos de trabajo, equipos de protección personal.
- Involucrar a todos los trabajadores a su cargo, promoviendo una consistente cultura preventiva y resaltando las ventajas de la prevención de riesgos.
- Hacer un esfuerzo consciente para detectar peligros y actos Sub-estándar, dedicando diariamente tiempo exclusivo para lograr que el área bajo su responsabilidad sea un lugar seguro y saludable donde trabajar.

- Instruir a todos los trabajadores bajo su supervisión sobre los riesgos a que se encuentran expuestos, y exigirles que cumplan con todas las directivas de prevención de riesgos a fin de evitar accidentes y enfermedades profesionales.
- Verificar que todos sus trabajadores cuenten con todas las prendas de protección individual e implementos de seguridad idóneos, incluyendo ropa de trabajo, para efectuar un trabajo seguro.
- Prohibir que se efectúe determinado trabajo o paralizarlo dado el caso, cuando advierta peligro inminente de accidente o siniestro. En caso necesario el supervisor evacuara el área de trabajo.
- Realizar inspecciones periódicas en los centros de operaciones, ámbitos o unidades productivas donde desarrollan sus actividades las empresas que destacan o desplazan personal, con la finalidad de verificar que en uno de la autonomía empresarial, ejercitan y cumplen las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

01. Herramientas Manuales

Art. N°014: Las herramientas manuales deberán ser inspeccionadas antes de ser usadas (mangos, filos, cables, partes móviles. Etc.). Cuando sean inseguras por encontrarse rotas, deteriorada, con defectos (cabezas aplastadas, con fisuras o rebabas; mangos rajados o recubiertos con alambre; filos mellados o mal afilados) o por ser inadecuadas para el trabajo a realizar; el trabajador deberá informar a su supervisor, el cual es el responsable de ver que se reemplacen o reparen. La herramienta defectuosa deberá llevar una identificación para que no sea utilizada por otro usuario.

Art. N°015: Las herramientas manuales deben transportarse en cajas adecuadas, bolsas o cinturones porta herramientas según las condiciones de trabajo y el tipo de herramienta. Si se requiere subir o bajar escaleras portátiles, andamios o estructuras, el transporte se efectuará manteniendo ambas manos libres en todo momento.

Art. N°016: No se permite el uso de herramientas de fabricación casera, modificadas o usadas para tareas para las cuales no han sido diseñadas.

Art. N°017: En áreas cerradas donde exista riesgo de incendio o explosión por contener gases o vapores inflamables y/o explosivos, las herramientas manuales que se utilicen deberán ser de material que no origine chispas por percusión.

02. Equipos y Maquinas Herramientas

Art. N° 018: Toda máquina, equipo o herramienta accionada con fuerza motriz debe contar con guaras de seguridad que cubran las partes móviles y los elementos cortantes y punzantes, a fin de proteger al trabajador de los riesgos de atrapamiento y lesiones punzo-cortantes y en la medida de lo posible de las proyecciones de partículas volantes que lo puedan lesionar. Si se requiere retirar las protecciones por algún motivo, se deberá primero detener la máquina, equipo o herramienta y luego bloquear y/o señalar su interruptor de arranque.

Art. N°019: Todas las partes activas de los circuitos eléctricos de la máquina herramienta o equipo deberán encontrarse cubiertas y todas las masas metálicas deberán conectarse a tierra.

Art. N°020: Las maquinas herramientas o equipos accionados por fuerza motriz deberán ser desconectados de su fuente de energía antes de ser manipulados con fines de limpieza, mantenimiento o reparación; para lo cual deberán cumplirse estrictamente las directivas y recomendaciones del fabricante.

Art. N°021: Para el uso de las herramientas manuales se debe seguir las siguientes pautas:

- ✓ Hay que seleccionar las herramientas correctas para cada trabajo y no usarlas para otros fines que no sean los suyos específicos, ni sobrepasar las prestaciones para las que técnicamente han sido concebidas. Por ejemplo, no se deben emplear los cuchillos como palancas, los destornilladores como cinceles, los alicates como martillos, etc.
- ✓ Verificar el buen estado de conservación de las herramientas antes de usarlas (los mangos sin astillas, que no estén rotas ni oxidadas, etc.). Si presentan cualquier deficiencia, deben retirarse inmediatamente para su reparación o sustituirse por otra. Es importante realizar revisiones periódicas de las herramientas.

- ✓ Transportar las herramientas de forma segura. Se deben llevar en cajas, maletas o bolsas, con los filos y las puntas protegidos. Para subir a una escalera, hay que transportarlas en una cartera, en una cartuchera fijada en la cintura o en una bolsa de bandolera y nunca colocarlas en los bolsillos.
- ✓ Guardar las herramientas ordenadas, limpias y en un lugar seguro. El desorden dificulta la selección del utensilio preciso y conduce a que se usen otros menos adecuados. Se deben guardar en un lugar específico (cajones, cajas, maleta de compartimientos, armarios, paneles de pared o cuarto de herramientas) y no dejarlas en sitios altos porque pueden deslizarse y caer. En todos los casos, deben almacenarse con la punta y el filo protegidos.
- ✓ Utilizar los equipos de protección personal necesarios, de acuerdo a la evaluación de riesgos: Guantes para proteger las manos, gafas de protección cuando haya riesgo de protecciones, etc.
- ✓ El uso de herramientas manuales requiere formación de los trabajadores, a un nivel suficiente como para que puedan actuar de forma preventiva incluso ante imprevistos.

03. Seguridad en Áreas Administrativas

Art. N° 022: El mobiliario y los enseres de oficina deberán ubicarse de modo que permitan mantener pasillos amplios que faciliten la evacuación rápida en caso de emergencia. Los armarios y estantes altos se deberán anclar o asegurar para evitar su desplazamiento o caída en caso de sismo.

Art. N° 023: Los pasillos o zonas de tránsito y las salidas deben mantenerse en todo momento libre de obstáculos (cajas, papeleras, cables, mobiliario, etc.).

Art. N° 024: Los cajones de gabinetes de archivos y escritorios no deben permanecer abiertos, ni abrirse en forma excesiva para prevenir su caída. Asimismo, se debe evitar abrir más de un cajón a la vez.

Art. N° 025: Evitar almacenar objetos, especialmente los pesados, donde sea difícil alcanzarlos o donde se puedan caer.

Art. N° 026: Evitar sobrecargar las instalaciones eléctricas conectando varios enchufes a un solo tomacorriente. Nunca desconecte los equipos eléctricos tirando el cordón de alimentación, jale del enchufe.

Art. N° 027: El personal debe conocer la ubicación de los extintores y la forma correcta de utilizarlos. Asimismo, deberán conocer las zonas de seguridad, las vías de escape, las salidas y las directivas de actuación en caso de emergencia, para lo cual deben participar en simulacros de evacuación en forma periódica.

VII. CARACTERISTICAS DE LAS INSTALACIONES EN LOS LUGARES DE TRABAJO

Art. N°028: Orden y limpieza: Los accesos y ambientes deben mantenerse limpios; los desperdicios, materiales inflamables deben depositarse en recipientes y lugares apropiados.

Se realizaran inspecciones periódicas para verificar el orden, limpieza y cumplimiento de las disposiciones internas sobre procedimientos específicos establecidos de las diversas operaciones que se realizan para la transmisión de energía.

Art. N°029: Ruidos: Se protegerá al trabajador mediante el uso de dispositivos de protección personal como tapones u orejeras apropiadas. Se deben evaluar las maquinarias que producen ruido en los centros de trabajo periódicamente para verificar si están por encima del límite permisible, a fin de evitar la ocurrencia de las enfermedades profesionales. Los ruidos se evitara o redujeran en lo posible en su fuente de origen, tratando de aminorar su propagación en los locales de trabajo.

Art. N°030: Características de la iluminación Natural y Artificial: En las zonas, áreas o secciones de trabajo que no cuenten con iluminación natural o ésta sea insuficiente, se empleara iluminación artificial adecuada.

La empresa deberá mantener una adecuada y correcta iluminación en los ambientes para facilitar la visualización dentro de su contexto espacial que permita operar en condiciones aceptables de seguridad, eficacia y comodidad.

VIII. NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

Art. N°031: Todo accidente o incidente de trabajo del personal de la empresa deberá ser informado inmediatamente al Departamento al cual pertenece o presta servicio, por el propio accidentado o compañero de labores más cercano. Asimismo, en los contratos respectivos y en la documentación pertinente se estipulara que los contratistas, subcontratista o terceros deberán informar a la empresa principal o usuaria de todo accidente o incidente de trabajo de su personal.

Las investigaciones de incidentes o accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales darán lugar al establecimiento de las acciones correctivas, las mismas que serán aplicadas según los niveles correspondientes.

Art. N°032: La empresa mantendrá un registro actualizado de incidentes y accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales del personal de la empresa.

VIII. PREPARACIÓN Y RESPUESTA A EMERGENCIAS

1. PREVENCIÓN Contra Incendios

Art. N° 033: Todos los locales estarán provistos de equipos para la extinción de incendios para la protección contra el fuego

Art. N° 034: El equipo y las instalaciones que presenten grandes riesgos de incendio deberán ser construidos e instalados, siempre que sea factible, de manera que sea fácil aislarlos en caso de incendio.

Art. N° 035: Todos los accesos a las escaleras, que puedan ser usadas como medios de salida, deberán estar libre de obstáculos y señalizadas con avisos.

Art. N° 036: Las puertas de salida se colocarán de tal manera que sean fácilmente visibles y no se permitirán obstrucciones que interfieran el acceso o la visibilidad de las mismas.

Art. N° 037: Nunca sobrecargar los tomacorrientes y comunicar de inmediato sobre cualquier anomalía o desperfecto que se detecte en las instalaciones eléctricas a su jefe inmediato, para que se tomen las acciones correctivas correspondientes.

Art. N° 038: Respetar los avisos de prohibición de fumar.

Art. N° 039: Limpiar el área a fin de que no exista el menor riesgo de ignición por materiales combustibles, los que deberán ser retirados o protegidos convenientemente con material resistente al fuego al igual que las máquinas y equipos.

Art. N° 040: Se utilizarán biombos de metal o lonas incombustibles para confinar las chispas y la escoria caliente.

Art. N° 041: Los pisos de madera deben ser humedecidos, siempre que no exista peligro eléctrico.

Art. N° 042: El uso de arena y frazadas incombustibles para protección, no debe ser descartado.

Art. N° 043: Se deberá extremar las precauciones al soldar en áreas donde haya material en polvo. De ser posible debe ser retirado antes, pero si esto no es factible se le deberá cubrir con un material resistente al fuego.

Art. N° 044: De ser necesario se suspenderán otros trabajos mientras se realiza un trabajo en caliente en el área inmediata. Esta precaución es mandatorio cuando el trabajo industrial puede crear, bajo ciertas condiciones, concentraciones explosivas de polvos, gases o vapores.

Art. N° 045: Inspeccionar el lugar de trabajo al finalizar la jornada laboral para asegurar que no exista la presencia simultánea de focos de ignición y material combustible. Si es posible, desconectar los aparatos eléctricos que no se requiera mantener conectados.

Art. N° 046: La empresa debe contar con un Plan Contra Incendio. Asimismo, se debe programar la formación y entrenamiento de brigadas y simulacros de lucha contra incendios.

Art. N° 047: Queda terminantemente prohibido el empleo de líquidos inflamables para fines de limpieza en general.

Art. N° 048: En los locales donde se use, manipule, almacene, transporte, etc. materiales o líquidos combustibles o inflamables, será terminantemente prohibido fumar o usar llamas descubiertas o luces que no sean a prueba de explosión.

2. PROTECCIÓN Contra Incendios

A.1) Condiciones Generales

Art. N° 049: El fuego es una reacción que se lleva a cabo cuando una sustancia se combina con el oxígeno en un grado suficiente para emitir energía lumínica y calor. Las llamas producidas en la combustión son vapores de gases inflamados desprendidos por una sustancia combustible, por la acción del calor. El fuego consta de cuatro elementos: Combustible, oxígeno, calor y reacción en cadena. La ausencia de uno de estos elementos evitará que se inicie el fuego.

Los incendios se clasifican de acuerdo con el tipo de material combustible que arde en:

- Clase "A": Son los producidos en combustibles sólidos ordinarios (Madera, papel, cartón, trapos, plásticos, aserrín, sogas, etc.
- Clase "B": Son los producidos en líquidos inflamables y combustibles, grasas y gases combustibles (Gasolina, petróleo, pintura, alcohol, thinner, gas natural, propano, acetileno, metano, butano.)
- Clase "C": Son los producidos en equipos e instalaciones eléctricas bajo tensión (motores, transformadores, líneas vivas eléctricas, generadores, etc.)
- Clase "D": Son los producidos en metales combustibles (Magnesio, titanio, zirconio, sodio y potasio.)

Art. N° 050: Cualquier trabajador de la empresa, contratista o subcontratista que detecte un incendio, procederá de la forma siguiente:

PASO 1: Dar la voz de alarma informando:

- Lugar,
- Tipo
- Magnitud
- Hora

PASO 2: Evacuar el personal

PASO 3: Aislar la unidad

PASO 4: Planear el ataque con los medios disponibles

Art. N° 051: Consideraciones generales importantes:

- i. La mejor forma de combatir incendios es evitando que estos se produzcan.
- ii. Se debe informar al superior sobre cualquier equipo eléctrico defectuoso.
- iii. Familiarizarse con la ubicación y forma de uso de los extintores y grifos contra incendios.
- iv. En caso de incendio de equipos eléctricos se desconectara el fluido eléctrico y no usara agua ni extintores que lo contengan si no se ha cortado la energía eléctrica.

Art. N° 052: Los monitores y grifos contra incendios deberán ser de fácil acceso y estarán conservados y mantenidos en buenas condiciones de funcionamiento.

A.2) Extintores

Art. N° 052: Los sistemas de prevención y extinción de incendios en las instalaciones de la empresa podrán ser fijos, portátiles o en combinación en la calidad y cantidad adecuada para responder al mayor riesgo individual posible y/o a lo que el Estudio de Riesgo indique en cada caso.

Art. N° 053: Los extintores pueden tener diferentes tipos de agentes de extinción:

- Agua
- Polvo químico seco
- CO2
- Espuma mecánica

Art. N° 054: La duración de los extintores apagando un incendio puede variar entre 20 segundos y un minuto. Por eso es importante no empezar a operarlos sino cuando se esté cerca del fuego y luego aplicar su contenido con rapidez apuntando a la base de las llamas.

Art. N° 055: Los equipos y los agentes contra incendio deberán ser listados y aprobados por UL, FM y otra entidad aceptada por OSINERGMIN.

Art. N° 056: La empresa dotara de extintores adecuados al tipo de incendio que pueda ocurrir, considerando la naturaleza de los procesos y operaciones.

Art. N° 057: Los extintores serán inspeccionados en forma periódica y deberá efectuarse el adecuado y necesario mantenimiento.

B) Sistemas de alarmas y simulacros de incendios

Art. N° 057: La empresa dispondrá de un sistema de alarmas operado a mano, colocadas en lugares visibles en el recorrido natural de escape de un incendio y debidamente señalizados.

Art. N° 058: En la empresa se realizaran ejercicios de modo que se simulen las condiciones de un incendio, además se adiestrara a las brigadas y al personal en el empleo de los extintores, evacuación y primeros auxilios.

Las prácticas contra incendio deberán realizarse según las características propias de las instalaciones.

Art. N° 059: Para combatir los incendios que puedan ocurrir, la empresa formará la brigada contra incendios, quien estará comandada por un jefe de brigada.

C) Señales de Seguridad

Art. N° 060: El objeto de las señales de seguridad será el hacer conocer con la mayor rapidez posible la posibilidad de accidente, el tipo de accidente y también la existencia de circunstancias particulares.

Art. N° 061: Deberá de contarse con un número adecuado de letreros, carteles o avisos de seguridad colocados en lugares visibles de la instalación de acuerdo a los riesgos existentes.

Art. N° 062: Respetar los letreros de señalización y avisos instalados en las diferentes áreas de trabajo.

Art. N° 063: Las señales de prohibición serán de color de fondo blanco, la corona circular y la barra transversal serán rojos, el símbolo de seguridad será negro y se ubicará al centro.

Art. N° 064: Las señales de advertencia tendrán color de fondo amarillo, la banda triangular será negra, el símbolo de seguridad será negro y estará ubicado en el centro.

Art. N° 065: Las señales de obligatoriedad tendrán un color de fondo azul, la banda circular será blanca, el símbolo de seguridad será blanco y estará ubicado en el centro.

Art. N° 066: Las señales informativas se ubicarán en equipos de seguridad en general, rutas de escape, etc. Las formas de las señales informativas serán cuadradas o rectangulares según convengan a la ubicación del símbolo de seguridad o el texto, el símbolo de seguridad será blanco, el color de fondo será verde.

D. Primeros Auxilios

Art. N° 067: Su objetivo es la de brindar atención inmediata a una persona accidentada o enferma, hasta que esta reciba atención médica profesional, si fuese necesario. El primer auxilio comprende también las técnicas de estabilización de los accidentados para proceder con su rescate y/o traslado a un Centro Médico.

Los siguientes son las normas generales que se deben poner en práctica para auxiliar un lesionado:

1. **NO SE PONGA NERVIOSO.** Mantenga la calma. Tranquilice a la persona lesionada. Su serenidad puede disipar los temores y el pánico del lesionado y convencerlo que está dominada la situación.
2. **NO MUEVA A LA PERSONA HERIDA,** (especialmente si las heridas son el resultado de una caída, un choque o una circunstancia violenta) a menos que sea absolutamente necesario para salvarla de nuevos peligros. Tenga presente que si una persona ha sufrido lesiones internas o se ha fracturado la columna vertebral los movimientos bruscos e innecesarios pueden dejarla invalida o aun causarle la muerte.
3. **NO DOBLE O TUERZA UN MIEMBRO** para averiguar si el hueso está roto.
4. **NO DEMORE** en proporcionar respiración artificial boca a boca cuando hay pérdida de respiración por cualquier razón, debiendo aflojarse los vestidos al lesionado y despejarle la boca y garganta.

Recuerde que una persona puede morir a los tres minutos de suspenderse la respiración.

5. NO TIRE LAS ROPAS que cubren las quemaduras, córtelas si es necesario para evitarle movimientos o nuevos dolores.
6. NO OBLIGUE a ingerir líquidos a una persona que se encuentre inconsciente o semiconsciente. Los líquidos pueden penetrar en su sistema respiratorio y producir la asfixia.
7. NO TRATE DE REANIMAR a una persona inconsciente con golpes, sacudidas o gritos.
8. Como son pocos los casos urgentes de vida o muerte, la mayoría de las veces puede iniciarse los Primeros Auxilios manteniendo al lesionado acostado y completamente quieto. Si ha vomitado y no hay peligro que se haya fracturado el cuello, vuélvale la cabeza a un lado para evitar que se asfixie. Cúbrala con mantas o abrigos para mantenerla abrigada aunque no debe abrigoarla excesivamente ni aplicarle calor externo.
9. Si el lesionado ha sufrido heridas que producen grandes pérdidas de sangre, detenga la hemorragia:
 - a. Aplicando presión con los dedos sobre la arteria entre el corazón y la herida
 - b. Si la hemorragia es en un miembro, aplique torniquete. Tenga cuidado de aflojarla cada 5 minutos para permitir la circulación de la sangre al miembro afectado y evitar la gangrena.
10. EN TODOS LOS CASOS de lesionado dé aviso o haga que den aviso a su departamento.
11. Revise siempre su manual de Primeros Auxilios, y esté preparado a prestar ayuda.
12. NO OLVIDE, los Primeros Auxilios son solamente una ayuda y de ninguna manera reemplaza al Médico. Solicite a su supervisor el curso de Primeros Auxilios si es que no lo ha recibido.

IX. Organización y responsabilidades

9.1. Del Gerente General y/o Gerente Administrativo

- Entregar los recursos humanos, económicos y humanos necesarios para cumplir con el PASST.
- Exhibir un convenio evidente en la Política de SST de la empresa.

9.2. Del Supervisor General de Operaciones

- Encargado de que se cumpla lo mencionado en el PASST.
- Encargado de reportar de forma inmediata con el Gerente General, Jefe de Prevención de Riesgos y/o Supervisor de Prevención de Riesgos del área si ocurriera algún accidente o incidente.
- Realizar actividades que se encuentran en el cronograma del PASST.
- Organizar junto al área SST y procurar la cooperación de los colaboradores
- Organizar junto área SST y procurar la cooperación de los miembros del comité de SST para realizar las inspecciones que fueron planificadas.
- Fortalecer la provisión de suministros, maquinarias, equipos, señalización, equipos de protección para su personal para realizar los trabajos sin retrasos.

9.3. Del Equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)

- Encargado de coordinar y/o solicitar con el área de gerencia para disponer las herramientas necesarias para de esta forma poder cumplir todas las metas y objetivos que fueron establecidos en PASST.
- Consolidar con todas las áreas de operación los cumplimientos de las inspecciones, entrenamientos y capacitaciones.
- Planificar la inducción general y complementaria en materia de SST.
- Velar que se cumpla con los estándares de SST de nuestros clientes al igual que nuestra empresa, para que las actividades se realicen de forma segura.
- Notificar sobre los avances cumplidos del PASST.

9.4. Del Supervisor de turno

- Garantizar que el PASST se cumpla de manera correcta por todo el personal.
- En caso de que suceda algún incidente o accidente de trabajo, este será reportado de forma inmediata al Supervisor de prevención de riesgos, Jefe de SST o al Jefe de operaciones.
- Ejecutar diferentes inspecciones en materia de seguridad y salud en el trabajo.

X. Capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo.

Debido a que las capacitaciones son parte fundamental del pilar de este elemento, puesto que ayuda a obtener las habilidades que se necesitan para poder realizar trabajos con seguridad, en este año se tiene como objetivo reforzar las capacitaciones básicas y específicas en SST, principalmente los que se relacionan con actividades de alto riesgo, trabajos en altura, soldadura por soplete, etc.

Para tal efecto, el plan anual de capacitación en SST estará incluido en el objetivo 02 perteneciente al Programa de SST. El listado de las capacitaciones programadas para el 2021 se muestra a continuación:

Tabla 26: Capacitaciones programadas – 2021

| Nº | CAPACITACIONES |
|-----------|---|
| 1 | Identificación de peligros, evaluación de riesgo y medidas de control |
| 2 | Seguridad Industrial en actividades laborales |
| 3 | Equipos de protección personal |
| 4 | Salud ocupacional y enfermedades laborales |
| 5 | Sistema SST y las evaluaciones cotidianas de seguridad |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Las capacitaciones se realizarán en horario de trabajo tal como lo estipula la normativa legal vigente, mayormente estas son realizadas los días sábados debido a que las actividades que se realizan dichos días son menores a las que se realizan durante toda la semana.

XI. Inspecciones internas de seguridad y salud en el trabajo

Las inspecciones que se planifican nos conllevan a un examen crítico y sistemático de distintas áreas de la organización, herramientas, equipos, máquinas, materiales en materia de SST. Dichas inspecciones son herramientas básicas de un sistema de seguridad el cual nos ayuda con la identificación de los problemas, antes de cualquier ocurrencia a futuro.

XII. Salud e higiene ocupacional

Para el año 2021 con el objetivo de promover y proteger la salud e higiene ocupacional de los trabajadores como ambientes de trabajo adecuados, se ha dispuesto planes de acción que tendrá como responsable al médico ocupacional de la empresa bajo el seguimiento del área de SST.

XIII. Plan de atención y respuestas a emergencias

Es necesario poder identificar los posibles escenarios de potenciales crisis y emergencia, para eso es necesario contar con un plan de contingencia y respuesta a emergencias, en donde las personas que se encuentren involucradas cuenten con los conocimientos para actuar en ese momento.

Se cuenta con 3 brigadas ante emergencias:

Tabla 27: Brigadas

| Nº | BRIGADAS |
|-----------|--|
| 1 | Brigada de evacuación |
| 2 | Brigada de primeros auxilios |
| 3 | Brigada contra incendios y control de derrames |

Fuente: Elaboración propia (2021)

XIV. Investigación de accidentes, incidentes peligrosos y enfermedades ocupacionales.

Las investigaciones nos ayudan a evitar incidentes, accidentes peligrosos como también futuras enfermedades ocupacionales, esto se lleva a cabo mediante la identificación, comunicación, investigación de dichos acontecimientos, siempre que un evento indeseado es corregido mediante el SST y PASST este se transforma en una oportunidad de mejora.

La clasificación de los accidentes es la siguiente:

- ACCIDENTE LEVE: Accidente que no genera pérdida de tiempo.
- ACCIDENTE INCAPACITANTE: Accidente que sí genera pérdida de tiempo.
- ACCIDENTES CON DAÑOS MATERIALES: Accidentes que genera daños materiales.

Todos los accidentes deberán ser investigados y se buscará identificar lo siguiente:

- Causas Inmediatas (Condiciones Sub-Estándares, Actos Sub-Estándares).
- Causas Básicas (Factores de trabajo, Factores personales)

La información deberá ser analizada para que se tomen nuevas acciones en mejora para así evitar que suceda nuevamente.

XV. Auditorías Internas

El objetivo fundamental es establecer el cumplimiento de lo que se encuentra estipulado en la legislación actual en SST y PASST, verificar la implementación y mantenimiento del SST y medir la eficiencia en el cumplimiento de la política y sus objetivos. Este proceso está asociado al elemento del sistema denominado evaluación del SST. Basado en formatos referenciales de la R.M 050-2013-TR.

XVI. Mantenimiento de registros

Estos registros del sistema de gestión SST se archivan y se enumeran en formatos virtuales y físicos según corresponda de acuerdo a los elementos que se están proyectando desarrollar para este año 2021, dando como prioridad a los documentos para las futuras auditorías internas como externas o si son solicitados por los clientes.

Los registros tienen diferentes tiempos en los cuales son conservados:

- Enfermedades Ocupacionales: 20 años
- Registro de accidentes ocupacionales: 10 años
- Registro de incidentes ocupacionales: 10 años
- Registro de monitoreo de agentes: 5 años
- Registro de inspecciones internas de seguridad y salud en el trabajo: 5 años
- Registro de estadísticas: 5 años
- Registro de equipos de seguridad y emergencia: 5 años
- Registro de inducción, capacitación, entrenamiento y simulacro: 5 años
- Registro de auditorías: 5 años

Cabe mencionar que se cuenta con un archivo donde figuran todos los incidentes, accidentes y enfermedades ocupacionales ocurridos durante el último año (12 meses)

QUINTA ETAPA: Mejora Continua

5.1. Creación de auditorías internas

Esto realizado para verificar como avanza el plan SST implementado, medir su nivel de seguridad, el rendimiento y así detectar las fallas para aplicar una mejorar y así levantas las observaciones.

5.2. Capacitaciones

La ley N°29783 en el Artículo N° 35, para ser más exactos en el inciso “b” nos dice que: las empresas deben de realizar 4 capacitaciones como mínimo al año. Es por ello que la empresa Ferrocarril Central Andino S.A., realizará 5 capacitaciones en el siguiente cronograma:

Tabla 28: Programa de capacitaciones 2021

| Nº | CAPACITACIONES | FECHA | Duración (min) |
|-----------|---|--------------|-----------------------|
| 1 | Identificación de peligros, evaluación de riesgo y medidas de control | 28/08/2021 | 30 minutos aprox. |
| 2 | Seguridad Industrial en actividades laborales | 11/08/2021 | 40 minutos aprox. |
| 3 | Equipos de protección personal | 18/09/2021 | 30 minutos aprox. |
| 4 | Salud ocupacional y enfermedades laborales | 25/09/2021 | 30 minutos aprox. |
| 5 | Sistema SST y las evaluaciones cotidianas de seguridad | 02/10/2021 | 40 minutos aprox. |

Fuente: Elaboración propia (2021)

Anexo 4: Tabla de datos 29

Tabla 29: Lluvia de problemas

| |
|---|
| PROBLEMAS EN EL ÁREA DE MANTENIMIENTO |
| Falta de EPP's adecuados |
| Dotación de EPP's a destiempo y no todos tienen |
| Falta de capacitación en seguridad |
| Falta de capacitación en salud ocupacional |
| Falta de comunicación entre áreas |
| Incumplimiento de manual de trabajo |
| Exceso de confianza en trabajos de riesgo |
| Mala distribución de herramientas en el trabajo |
| Índice de accidentes laborales |

Fuente: Elaboración propia. (2021)

La tabla 29 muestra cuales son los accidentes más frecuentes del área de mantenimiento de la empresa Ferrocarril Central Andino (FCCA S.A), dichos problemas son presentados en la siguiente matriz:

Anexo 5: Tabla de datos 30

Tabla 30: Matriz vester de problemas

| Cód. | DESCRIPCIÓN | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | PUNTAJE | % |
|--------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|-------------|
| P1 | Falta de EPP's adecuados | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 13% |
| P2 | Dotación de EPP's a destiempo y no todos tienen | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 8% |
| P3 | Falta de capacitación en seguridad | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 16% |
| P4 | Falta de capacitación en salud ocupacional | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 8% |
| P5 | Falta de comunicación entre áreas | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 5% |
| P6 | Incumplimiento de manual de trabajo | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 11% |
| P7 | Exceso de confianza en trabajos de riesgo | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 | 11% |
| P8 | Mala distribución de herramientas en el trabajo | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 8% |
| P9 | Índice de accidentes laborales | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 21% |
| TOTAL | | | | | | | | | | | 38 | 100% |

Fuente: Elaboración propia. (2021)

Según la matriz anterior, se observan todos los problemas que existen en el área de mantenimiento de la empresa Ferrocarril Centro Andino S.A, de la sede la Oroya, se observa que existen 3 que resaltan entre los demás, estos 3 son los problemas más frecuentes o importantes a estudiar.

Anexo 6: Tabla de datos 31

Tabla 31: Resultados de la matriz de Vester de los problemas observados

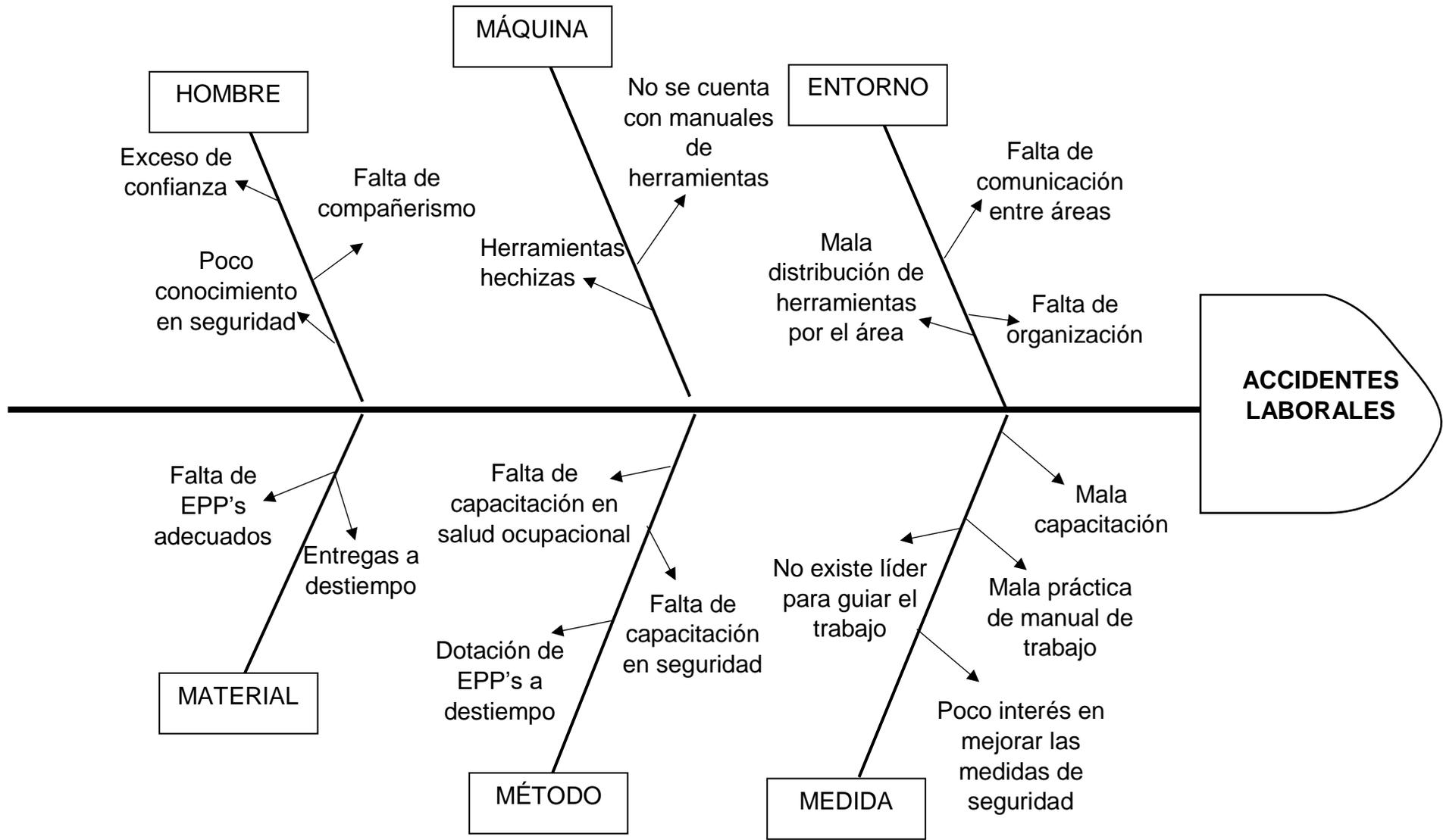
| Cód. | PROBLEMAS | % |
|-------------|---|----------|
| P9 | Índice de accidentes laborales | 21.1% |
| P3 | Falta de capacitación en seguridad | 15.8% |
| P1 | Falta de EPP's adecuados | 13.2% |
| P6 | Incumplimiento de manual de trabajo | 10.5% |
| P7 | Exceso de confianza en trabajos de riesgo | 10.5% |
| P2 | Dotación de EPP's a destiempo y no todos tienen | 7.9% |
| P4 | Falta de capacitación en salud ocupacional | 7.9% |
| P8 | Mala distribución de herramientas en el trabajo | 7.9% |
| P5 | Falta de comunicación entre áreas | 5.3% |
| | | 100% |

Fuente: Elaboración propia. (2021)

Según la tabla anterior, se observa que las 3 mayores causas de que sucedan los accidentes con frecuencia son el poco seguimiento que se realiza luego de que un accidente haya sucedido, seguido por la falta de capacitación en temas de seguridad industrial y la falta de los EPP's adecuados para la realización de las distintas actividades en el área de mantenimiento de la empresa Ferrocarril Central Andino S.A. (FCCA).

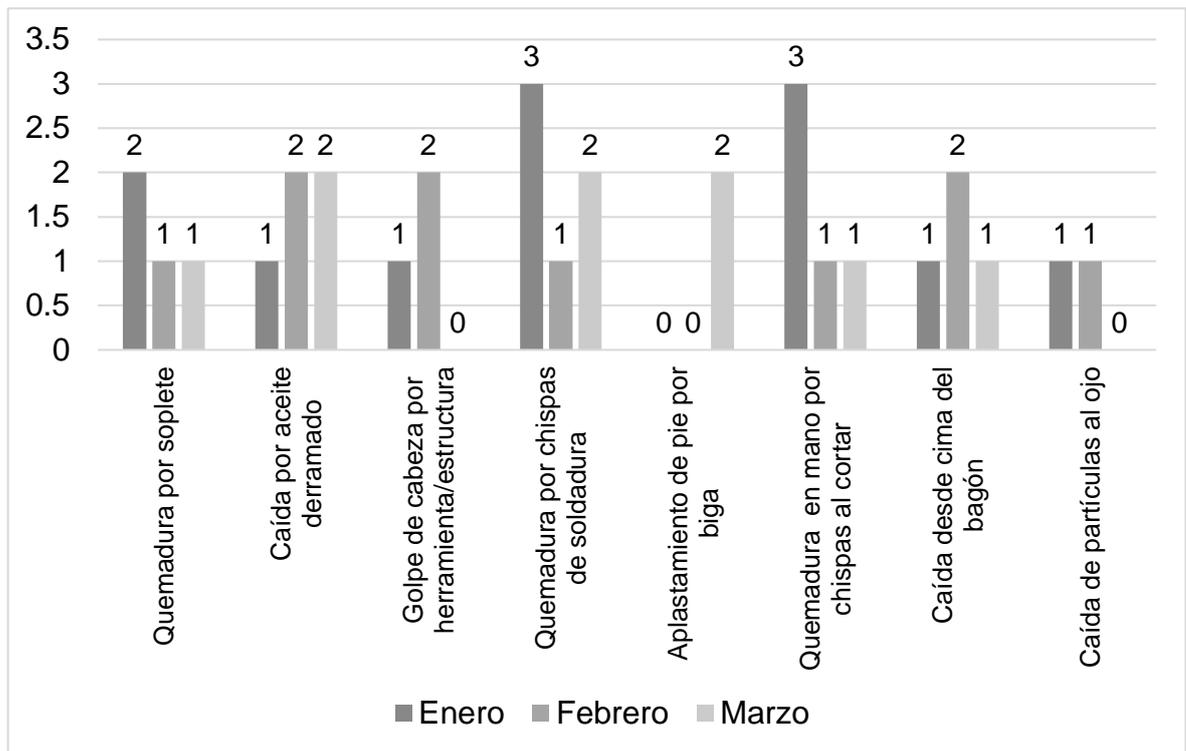
Anexo 7: Figura 2

Figura 2: Diagrama de Ishikawa de causas de los accidentes laborales.



Anexo 8: Figura 3

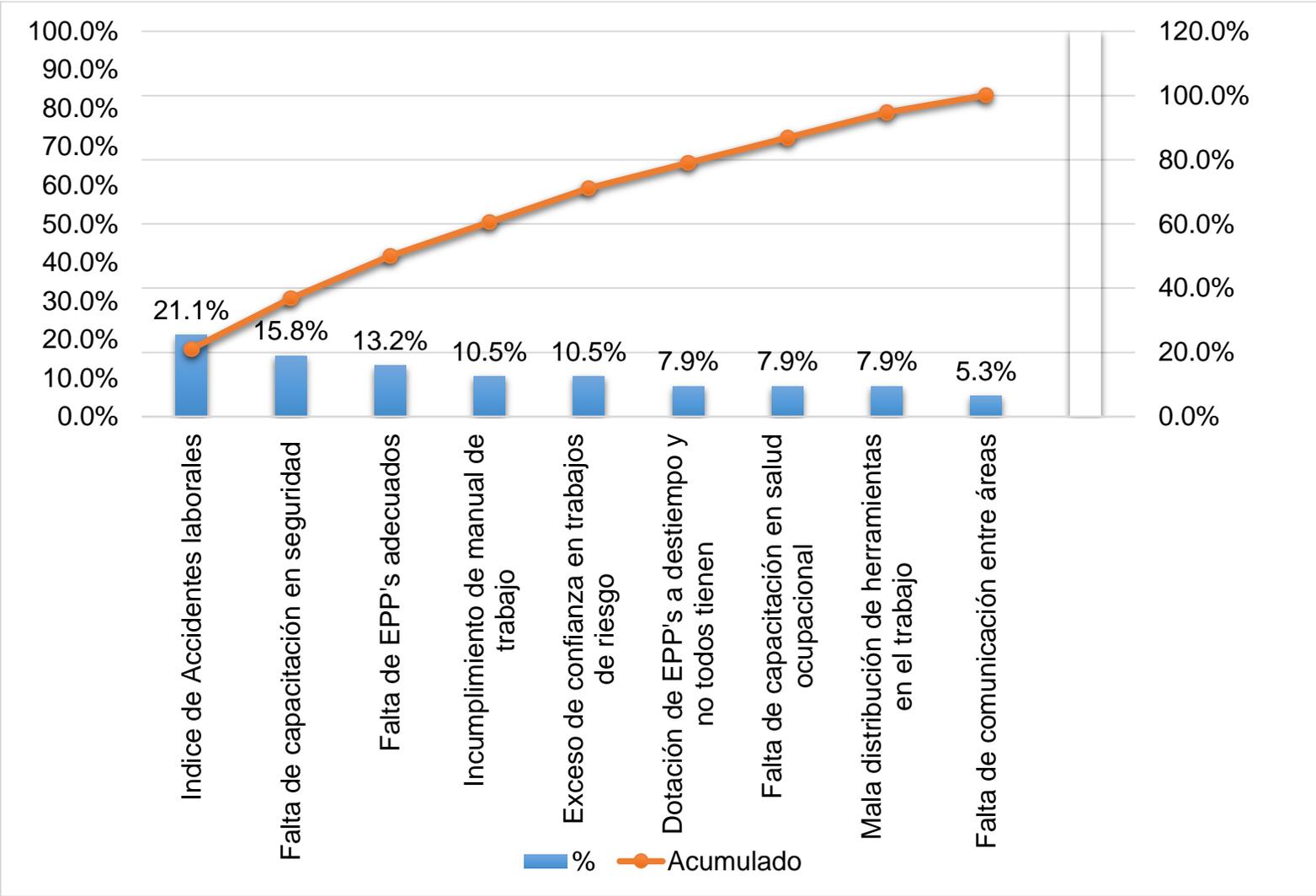
Figura 3: Numero de accidente sucedidos en el área de mantenimiento.



Fuente: Elaboración propia con datos de la empresa. (2021)

Según la tabla anterior, se muestra los accidentes que han sucedido en las labores que se realiza en el área de mantenimiento de la empresa FCCA. Estos accidentes fueron registrados por el área de enfermería, cada una de estas posee una variación cada mes, aumentando o disminuyendo. La importancia de mitigar o disminuir estos accidentes es primordial, ya que alguno de estos podría ser mortal en algún momento si las condiciones son las adecuadas para ello.

Figura 4: Diagrama de Pareto:



Anexo 10: Validación de instrumentos por el primer experto.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LAS VARIABLES PLAN SST Y ACCIDENTES LABORALES

| Variables / Dimensiones / Indicadores | Claridad ¹ | | Pertinencia ² | | Relevancia ³ | | Sugerencias |
|--|-----------------------|----|--------------------------|----|-------------------------|----|-------------|
| | Si | No | Si | No | Si | No | |
| VARIABLE INDEPENDIENTE: Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Dimensión 1: Nivel de Seguridad | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de nivel de seguridad $INS = \left(1 - \frac{\text{índice de frecuencia de accidentes final}}{\text{índice de frecuencia de accidentes inicial}}\right) * 100$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 2: Evaluación de Cumplimiento | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de evaluación de cumplimiento $IEC = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Observaciones Levantadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de Observaciones Encontradas}} * 100$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 3: Capacitaciones | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de frecuencia de capacitaciones $IFC = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de capacitaciones realizadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de capacitaciones programadas}} * 100$ | X | | X | | X | | |
| VARIABLE DEPENDIENTE: Accidentes Laborales | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Dimensión 1: Frecuencia | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de frecuencia de accidentes laborales $IFA = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de accidentes sucedidos}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de horas trabajadas}} * 100.000$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 2: Gravedad | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de gravedad de accidentes $IGA = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de días perdidos}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de horas trabajadas}} * 100.000$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 3: Repercusión en días laborales | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de promedio de días perdidos $IPDI = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de días de incapacidad}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de accidentes que generan incapacidad}}$ | X | | X | | X | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

15 de Junio del 2021

Apellidos y nombres del juez evaluador: Soto Ticlavilca, Anderson Nilton

DNI: 46857072

Especialidad del evaluador: Ingeniero Metalúrgico - Especialista en Seguridad Industrial rubro Metalúrgico

¹Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

²Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

³Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Anexo 11: Validación de instrumentos por el segundo experto.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LAS VARIABLES PLAN SST Y ACCIDENTES LABORALES

| Variables / Dimensiones / Indicadores | Claridad ¹ | | Pertinencia ² | | Relevancia ³ | | Sugerencias |
|--|-----------------------|----|--------------------------|----|-------------------------|----|-------------|
| | Si | No | Si | No | Si | No | |
| VARIABLE INDEPENDIENTE: Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Dimensión 1 : Nivel de Seguridad | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de nivel de seguridad $INS = \left(1 - \frac{\text{índice de frecuencia de accidentes final}}{\text{índice de frecuencia de accidentes inicial}} \right) * 100$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 2: Evaluación de Cumplimiento | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de evaluación de cumplimiento $IEC = \frac{N^{\circ} \text{ de Observaciones Levantadas}}{N^{\circ} \text{ total de Observaciones Encontradas}} * 100$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 3: Capacitaciones | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de frecuencia de capacitaciones $IFC = \frac{N^{\circ} \text{ de capacitaciones realizadas}}{N^{\circ} \text{ total de capacitaciones programadas}} * 100$ | X | | X | | X | | |
| VARIABLE DEPENDIENTE: Accidentes Laborales | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Dimensión 1: Frecuencia | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de frecuencia de accidentes laborales $IFA = \frac{N^{\circ} \text{ de accidentes sucedidos}}{N^{\circ} \text{ total de horas trabajadas}} * 100.000$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 2: Gravedad | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de gravedad de accidentes $IGA = \frac{N^{\circ} \text{ de días perdidos}}{N^{\circ} \text{ total de horas trabajadas}} * 100.000$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 3: Repercusión en días laborales | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de promedio de días perdidos $IPDI = \frac{N^{\circ} \text{ total de días de incapacidad}}{N^{\circ} \text{ total de accidentes que generan incapacidad}}$ | X | | X | | X | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

16 de Junio del 2021

Apellidos y nombres del juez evaluador: Celestino Begar, Valery

DNI: 77216583

Especialidad del evaluador: Ingeniera Ambiental - Especialista en SG-SST

¹Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

²Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

³Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Anexo 12: Validación de instrumentos por el tercer experto.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LAS VARIABLES PLAN SST Y ACCIDENTES LABORALES

| Variables / Dimensiones / Indicadores | Claridad ¹ | | Pertinencia ² | | Relevancia ³ | | Sugerencias |
|--|-----------------------|----|--------------------------|----|-------------------------|----|-------------|
| | Si | No | Si | No | Si | No | |
| VARIABLE INDEPENDIENTE: Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Dimensión 1 : Nivel de Seguridad | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de nivel de seguridad $INS = \left(1 - \frac{\text{índice de frecuencia de accidentes final}}{\text{índice de frecuencia de accidentes inicial}}\right) * 100$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 2: Evaluación de Cumplimiento | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de evaluación de cumplimiento $IEC = \frac{N^{\circ} \text{ de Observaciones Levantadas}}{N^{\circ} \text{ total de Observaciones Encontradas}} * 100$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 3: Capacitaciones | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de frecuencia de capacitaciones $IFC = \frac{N^{\circ} \text{ de capacitaciones realizadas}}{N^{\circ} \text{ total de capacitaciones programadas}} * 100$ | X | | X | | X | | |
| VARIABLE DEPENDIENTE: Accidentes Laborales | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Dimensión 1: Frecuencia | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de frecuencia de accidentes laborales $IFA = \frac{N^{\circ} \text{ de accidentes sucedidos}}{N^{\circ} \text{ total de horas trabajadas}} * 100.000$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 2: Gravedad | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de gravedad de accidentes $IGA = \frac{N^{\circ} \text{ de días perdidos}}{N^{\circ} \text{ total de horas trabajadas}} * 100.000$ | X | | X | | X | | |
| Dimensión 3: Repercusión en días laborales | Si | No | Si | No | Si | No | |
| Indicador: Índice de promedio de días perdidos $IPDI = \frac{N^{\circ} \text{ total de días de incapacidad}}{N^{\circ} \text{ total de accidentes que generan incapacidad}}$ | X | | X | | X | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

19 de Junio del 2021

Apellidos y nombres del juez evaluador: Zarate Ponce, Maxwell

DNI: 71481399

Especialidad del evaluador: Ingeniero Ambiental - Especialista en SST y Ley 29783

¹Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

²Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

³Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Anexo 13: Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| Nº REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--|---|--------------------------|---|---|---|---|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNI/CE | | | 15. EDAD | | |
| 16. AREA | | 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) | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | | RESPONSABLE | | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | |
| | | | | | | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | Cargo: | | | Fecha: | | | Firma: | | |
| Nombre: | | | Cargo: | | | Fecha: | | | Firma: | | |

Anexo 15: Formato de registro de auditorías; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO: | | REGISTRO DE AUDITORÍAS | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR: | | | | | |
| 1 RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL | 2 RUC | 3 DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4 ACTIVIDAD ECONÓMICA | 5 N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | |
| 6 NOMBRE(S) DEL(DE LOS) AUDITOR(ES) | | | 7 N° REGISTRO | | |
| Insertar tantos renglones como sean necesarios. | | | | | |
| 8 FECHAS DE AUDITORÍA | 9 PROCESOS AUDITADOS | 10 NOMBRE DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS AUDITADOS | | | |
| Insertar tantos renglones como sean necesarios. | | | | | |
| 11 NÚMERO DE NO CONFORMIDADES | 12 INFORMACIÓN A ADJUNTAR | | | | |
| | a) Informe de auditoría, indicando los hallazgos encontrados, así como no conformidades, observaciones, entre otros, con la respectiva firma del auditor o auditores. b) Plan de acción para cierre de no conformidades (posterior a la auditoría). Este plan de acción contiene la descripción de las causas que originaron cada no conformidad, propuesta de las medidas correctivas para cada no conformidad, responsable de implementación, fecha de ejecución, estado de la acción correctiva (Ver modelo de encabezados). | | | | |
| MODELO DE ENCABEZADOS PARA EL PLAN DE ACCIÓN PARA EL CIERRE DE NO CONFORMIDADES | | | | | |
| 13 DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD | | 14 CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD | | | |
| 15 DESCRIPCIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS | | 16 NOMBRE DEL RESPONSABLE | 17 FECHA DE EJECUCIÓN DÍA MES AÑO | | 18 Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) |
| 19 RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | |
| Nombre: Cargo: Fecha: Firma | | | | | |

Anexo 16: Capacitaciones: Capacitación en temas de Identificación de problemas, evaluación de riesgos y control de peligros; evaluación de la capacitación realizada:



Fuente: Fotografía propia (2021)

Anexo 17: Capacitaciones: Capacitación en cómo actuar ante situaciones de fuego inminente:



Fuente: Fotografía propia (2021)



Fuente: Fotografía propia (2021)

Anexo 18: Capacitaciones: Capacitación en cómo actuar ante situaciones de accidentes ocurridos:



Fuente: Fotografía propia (2021)

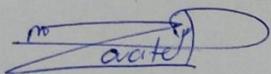
Anexo 19: Capacitaciones: Capacitación genérica de buenas prácticas laborales, trabajos de alto riesgo y salud ocupacional:



Anexo 20: Constancia de autorización para realización de la investigación:

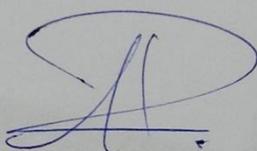
CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

Yo Zarate Ponce, Maxwell con DNI 71481399 de la Empresa Ferrocarril Central Andino S.A (FCCA.S.A.) en la cual laboro en el Área de Seguridad y Salud Ocupacional, operando como Jefe del Área y también Supervisor de la Estación Oroya con dirección Av. Horacio Zevallos S/N y RUC 20432348114, doy permiso de poder realizar su Proyecto de Investigación denominada "Implementación de un plan SST para disminuir los accidentes laborales del área de mantenimiento de la empresa FCCA – Oroya, 2021", para que los alumnos Solís Ortiz Kenyi con DNI: 71983402 ,con su ID de Alumno 7001163689 y el alumno que ahora labora en la empresa, Rojas Muñoz Adan con DNI: 72701275 , con su ID de Alumno 7001178251, se les brinde las facilidades para la realización, toma de datos e implementación de dicho proyecto sin tener ningún inconveniente.



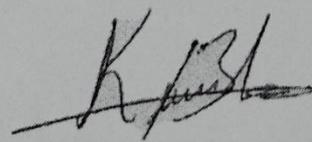
Zarate Ponce, Maxwell

(Supervisor Área de Seguridad)



Rojas Muñoz, Adan Orlando

(Supervisor Practicante)



Solís Ortiz, Kenyi

(Alumno)

Anexo 21: Formatos de accidentes, gravedad y días perdidos recolectados (Antes = 28 formatos)

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--|--------------------|--------------------------|-------------------------|---|---|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| ADECCO | | 20503980216 | | A. Horacio Cuello | | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNI/CE | | | 15. EDAD | | |
| Feodoro Rivera Bruno | | | | | | 21296821 | | | 56 | | |
| 16. AREA | | 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) |
| Mecanica | | Soldador | | 25 | | M | D | Estable | | 22 | 08 |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| 09 | 04 | 2021 | 09:30 | 09 | 04 | 2021 | Mecanica de Vias | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad denominada soldador de senalética una chispa capnchoza entra a la mano quemandole. | | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | | |
| - Malos EPPS | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | | RESPONSABLE | | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | |
| Feodoro Rivera Bruno se le hizo una inducción | | | Feodoro Rivera Bruno | | | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | | | 09 | 04 | 2021 | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: Adán Rojas | | Cargo: S. seg | | Fecha: 09-04-2021 | | Firma: | | | | | |
| Nombre: Maxwell Zarate | | Cargo: S. seg | | Fecha: 09-04-2021 | | Firma: | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | |
|---|-------------------------|---|--|--|----------------------|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| ADECCO | 20503980216 | Av. Horacio Zucchetto | transporte | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | |
| Carlos Ceno Conder | | | 71503141 | 27 | | |
| 16. AREA | 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 |
| Mecánica | Mecánico | 05 | M | 7 | Permanente | 02 - |
| 23. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del accidente) | | | | | | |
| 08 | | | | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO |
| 07 | 06 | 2021 | 08:00 | 09 | 06 | 2021 |
| 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | | | | |
| Mecánica de Camión | | | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE |
| | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. <p>Mientras que el señor realizaba su actividad rutinaria el señor se dobla el pie en la red del tren.</p> | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | |
| Falta de concentración | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) |
| | | | DIA | MES | AÑO | |
| Se le dio una charra y se implementó serendicados | | Carlos Ceno | 09 | 06 | 2021 | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | |
| Adán Rojas | S. SES - | 09-06-2021 | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | |
| M. Zarate | Sp ses | 09-06-2021 | | | | |

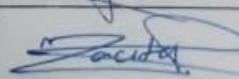
Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|--|---|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| FCCD-SD | | 20432348114 | | Av. Huroazuwaki | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNI/CE | | 15. EDAD | | |
| Juan Jose Mayo Noc | | | | | | 4569377 | | 30 | | |
| 16. AREA | | 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) | |
| Mecánica | | Soldador | 03 | M | P | Plural | | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | Flecanica de Combs. | | | |
| 25 | 06 | 2021 | 12:00 | 25 | 06 | 2021 | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso). | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | |
| Mientras el señor estaba emergiendo la plancha metálica de los vagones el señor le cayó una esquila en el ojo izquierdo | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | |
| Mal uso de la careta de Esmuider | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| Se le dio una charla de seguridad | | Juan Jose Mayo | | DIA | MES | AÑO | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | |
| Juan Rojas | | S. ses | | 25-06-2021 | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | |
| Maxwell Zúñiga | | Sp. seg | | 25-06-2021 | | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | |
|--|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|---|--|--------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| ADDECO | | 20503980216 | | A. Horacio Zavallón Sp | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | 14. N° DNI/CE | | | 15. EDAD | | |
| Hector Rivera Azu | | | | | 20018169 | | | 41 | | |
| 16. AREA | | 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) | | |
| Mecánica | | Solidario | 25 | M | T | Estable | 23 | 19 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | |
| 12 | 06 | 2021 | 15:00 | 02 | 06 | 2021 | Mecánica de Loro | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor estaba laborando por exceso de horas se tropezó y cayó de rodillas en el piso desnivel | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | |
| Exceso de horas laborales | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | |
| Reunion con RRHH con el exceso de horas | | Hector Rivera Azu | | | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | |
| Adán Páez | | S. SES | | 02-06-2021 | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | |
| Manuel Zavala | | Sp SES | | 02-06-2021 | | | | | | |

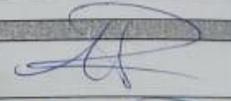
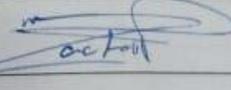
Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | |
| AD ECCO | 20503950216 | A. Horacio Cuellar Sps | transporte | 16 | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DN/CE | 15. EDAD | |
| Hector Ruera Azca | | | 200481164 | 41 | |
| 16. AREA | 17. PUESTO DE TRABAJO | 18. ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO | 19. SEXO F/M | 20. TURNO D/T/N | |
| Mecanica | Operario | 75 | M | D | |
| 21. TIPO DE CONTRATO | | 22. TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO | | 23. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del accidente) | |
| Estable | | 25 | | 05 | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | |
| 10 | 06 | 2021 | | 10 | |
| 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | | | |
| Mecanica de Cerros | | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | <input checked="" type="checkbox"/> MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | |
| | | | | PARCIAL PERMANENTE | |
| | | | | TOTAL PERMANENTE | |
| | | | | 2 | |
| 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | | |
| | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | |
| El señor se quemó su brazo derecho | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad del día en su despacho se pegó a una estructura caliente se quemó el brazo. | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | |
| Falta de concentración en su actividad del día. | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) |
| | | DIA | MES | AÑO | |
| Se le dio una charla sobre DTC. | Hector Ruera Azca | 10 | 06 | 2021 | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | |
| Nombre: Aden Pops | Cargo: Sup ses | Fecha: 10-06-2021 | Firma:  | | |
| Nombre: M Zurate | Cargo: S. ses | Fecha: 10-06-2021 | Firma:  | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | |
|--|-------------------------|---|--|--|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL: | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| TDVVA | 2052574212 | D. Huarco Zucallo | transporte | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS: | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| | | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR: | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DN/CE | 15. EDAD | | |
| Diego Figueroa Bruno | | | 72701233 | 29 | | |
| 16. AREA | 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 |
| Mecanica Soldado | | 09 | M | D | placuel | 03 |
| | | | | | | 23. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del accidente) |
| | | | | | | 15 |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE |
| DÍA | MES | AÑO | HORA | DÍA | MES | |
| 14 | 06 | 2021 | 14:10 | 14 | 06 | 2021 |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO |
| | | | | | | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE |
| | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | |
| | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. | | | | | | |
| <p>Mientras que el señor realizaba su actividad del día estaba esmerilando le entó una pequeña esquirola en el ojo</p> | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | |
| Mal uso de 1 bot Epps (caeta de esmerilar) | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | |
| | | DIA | MES | AÑO | | |
| El correcto uso de lavavojos sistema de pelado | Diego Figueroa Bruno | 14 | 06 | 2021 | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | |
| Adan Rojas | SP SES | 14-06-2021 | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | |
| Manuel Zucallo | SP SES | 14-06-2021 | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | |
|---|-------------------------|---|--|--|----------------------|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | |
| APECCO | 20503480216 | Av. Horacio Cevallos | transporte | 16 | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNICE | | 15. EDAD | | |
| Roque Meza Cuyurica | | | 21298907 | | 55 | | |
| 16. AREA | 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) |
| Mecanica | Soldador | 12 | M | M | Estable | 05 | 08 |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | |
| 07 | 04 | 2021 | 14:30 | 07 | 04 | 2021 | Mecanica de cerros |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | |
| | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba sus actividades laborales el señor se golpeo la cabeza con la estructura | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | |
| Falta de concentración | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | |
| Reinducción al personal | | Roque Meza Cuyurica | | 07 04 2021 | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | |
| Nombre: Aden Rojas | | Cargo: sp. seg | | Fecha: 07-04-2021 | | Firma:  | |
| Nombre: Maxwell Zuck | | Cargo: sp. seg | | Fecha: 07-04-2021 | | Firma:  | |

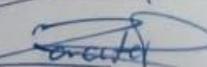
Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|--------------------------------|---|-------------------------|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| ADECCO | | 2050390216 | | Av. Horacio Zucelley | | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNI/CE | | 15. EDAD | | | |
| Edward Cordova Solo | | | | | | 70498026 | | 29 | | | |
| 16. AREA | 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) | | |
| Mecanico | Edificio | 05 | | M | N | Parcial | 04 | | 02 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | Mecanica de locomotora | | | | |
| 08 | 05 | 2021 | 13:00 | 08 | 05 | 2021 | | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad rutinaria se le encontro que se chocó su cabeza con el ramal de la cabina de locomotora | | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | | |
| Infraestructura propia de la maquina | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | | RESPONSABLE | | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | |
| Se le dio una capacitación al personal | | | Edward Cordova Solo | | | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | | | 08 | 05 | 2021 | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: Adan Rojas | | Cargo: S. sup | | Fecha: 08-05-2021 | | Firma: | | | | | |
| Nombre: M. Encite | | Cargo: sup ses | | Fecha: 08-05-2021 | | Firma: | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------------|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| ADECCO | | 2050 398026 | | A. Horacio Zucchetto | | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DN/CE | | 15. EDAD | | | |
| Jean Carlos Verastegui | | | | | | 71213357 | | 28 | | | |
| 16. AREA | 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) | | |
| Mecánico | Mecánico | 06 | | M | N | Peraul | 04 | | 08 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| 29 | 05 | 2021 | 18:00 | 29 | 05 | 2021 | Mecánica de lo comotoras | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | |
| <p>Mientras que el señor realizaba su actividad rutinaria se resbalo de las escaleras golpeandose la pelvis</p> | | | | | | | | | | | |
| 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 al presente formato el desarrollo de la misma. | | | | | | | | | | | |
| Conclusiones climatologicas del lugar | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| Se puso señalética en el área del accidente. | | Jean Carlos Verastegui | | | DIA | MES | AÑO | | | | |
| | | | | | 29 | 05 | 2021 | | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | | |
| Adelm Pops | | Sup ses | | 29-05-2021 | | [Firma] | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | | |
| Maxwell Zarate | | Sp ses | | 29-05-2021 | | [Firma] | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--|----------------------|--|---|---|--|--------------------------|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| ADPECCO | | 20503480216 | | Av. Horacio Zúñiga 511 | | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNI/CE | | 15. EDAD | | | |
| Raquel Maza Cuyutara | | | | | | 21298907 | | 37 | | | |
| 16. AREA | 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) | | | |
| Mecánica | Soldador | 17 | M | M | Estadía | 08 | | 03 | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | Mecánica de Carros | | | | |
| 28 | 09 | 2021 | 11:30 | 28 | 09 | 2021 | | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba la reparación de vagones el señor pisa mal un pedacito golpeándose la rodilla derecha. | | | | | | | | | | | |
| 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 al presente formato el desarrollo de la misma. | | | | | | | | | | | |
| Condiciones de la estructura una posición disergonomica | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | | |
| se le dio una chapa de seguridad | | Raquel Maza Cuyutara | | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| | | | | 28 | 09 | 2021 | | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: A. Rojas | | Cargo: S. Ses | | Fecha: 28-09-2021 | | Firma:  | | | | | |
| Nombre: Manuel Zúñiga | | Cargo: S. Ses | | Fecha: 28-09-2021 | | Firma:  | | | | | |

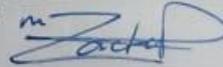
Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--------------|--|-------------------------|---|---|---|--|--------------------------|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| AD E C C O | 20503480216 | A. HERRAZQUELES | | | transporte | 16 | | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | 14. N° DNI/CE | | | 15. EDAD | | | |
| Shojin Rops Gonzalez | | | | | 72949794 | | | 27 | | | |
| 16. AREA | 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) | | | |
| Mecanica | Mecanico | 05 | H | M | Permanente | 04 | | 05 | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| 17 | 05 | 2021 | 14.40 | 17 | 05 | 2021 | Mecanica de autos | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENTE LEVE <input type="checkbox"/> ACCIDENTE INCAPACITANTE <input type="checkbox"/> MORTAL | | | | <input type="checkbox"/> TOTAL TEMPORAL <input type="checkbox"/> PARCIAL TEMPORAL <input type="checkbox"/> PARCIAL PERMANENTE <input type="checkbox"/> TOTAL PERMANENTE | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba la limpieza del area el señor le cae una herramienta en la mano. | | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | | |
| Distraccion falta de concentracion | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | | |
| Se le hizo una capacitación al personal. | | Shojin Rops Gonzalez | | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| | | | | 15 | 05 | 2021 | | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: Adm Rops | | Cargo: S ses | | Fecha: 15-05-2021 | | | Firma: | | | | |
| Nombre: Maxwell Zeate | | Cargo: S y se | | Fecha: 15-05-2021 | | | Firma: | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|--|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| A DECCO | 20503980216 | Av. Héroes de Valdivia S/N | transporte | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | |
| Teodoro Figueroa Rojas | | | 21246821 | 56 | | |
| 16. AREA | 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 |
| Mecanica | Soldador | 23 | M | D | Estable | 22 |
| 23. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del accidente) | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | |
| 30 | 04 | 2021 | 12:00 | 30 | 04 | 2021 |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE |
| | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba mantenimiento a la morsa baja el resorte de la herramienta lo golpeó en la cadera | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | |
| Falta de concentración y Exceso de confianza. | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | |
| | | DIA | MES | AÑO | | |
| Teodoro Figueroa se le dio una reintegración al personal | Rojas Teodoro Figueroa | 30 | 04 | 2021 | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | |
| A. Rojas | S. Ses | 30-04-2021 | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | |
| Manuel Castro | sup ses | 30-04-21 | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|--|---|---|---|--------------------------------|-------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| A DECCO | 20503980216 | Av. Horacio Cevallos 32 | transporte | 16 | | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERGERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNICE | 15. EDAD | | | | | |
| Luis Miguel Caceres | | | 70853798 | 33 | | | | | |
| 16. AREA | 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) | | |
| Mecanica | Soldador | 05 | M | D | CS/OTR | 05 | 07 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | |
| 15 | 05 | 2021 | 13:10 | 15 | 05 | 2021 | Mecanica de Urea | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | | | | ACCIDENTE INCAPACITANTE | | | | X | MORTAL |
| TOTAL TEMPORAL | | | | PARCIAL TEMPORAL | | | | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE |
| | | | | | | | | 2 | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso) | | | | E l señor se quemó parte del brazo derecho. | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad diaria con los cables de oxígeno se quemó la mano y parte del brazo. | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | |
| Falta de Orden y Limpieza. | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | | |
| | | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| Se le dio una charla de orden y limpieza al señor | Luis Miguel Caceres | 15 | 05 | 2021 | | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | |
| Nombre: Adan Rojas | Cargo: S. SES | Fecha: 15-05-2021 | Firma:  | | | | | | |
| Nombre: Maxwell Z | Cargo: S. P. SES | Fecha: 15-05-2021 | Firma:  | | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|--|---|---|---|--------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| FDWA | 2051257412 | Av. Héroes Zavellos | transporte | 16 | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| | | | | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | | |
| Diego Figueroa Torro | | | 72701273 | 29 | | | | |
| 16. AREA | 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) | |
| Mecanica | Soldador | 04 | M | M | Prorata | 03 | 02 | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | |
| DIA | MES | ANO | HORA | DIA | MES | ANO | | |
| 03 | 06 | 2021 | 19:30 | 03 | 06 | 2021 | Mecanica de Vices | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | |
| | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | | |
| Mientras que el señor estaba realizando su actividad laboral se golpeó su dedo índice de la mano izquierda | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | |
| Falta de concentración y Exceso de confianza | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| | | DIA | MES | AÑO | | | | |
| Diego Figueroa Porin se le dio una reducción | Diego Figueroa Porin | 03 | 06 | 2021 | | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | |
| Alden Pajo | Sup SES | 03-06-2021 | | | | | | |
| M. Zarate | S. SES | 03-06-21 | | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|---|---|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | |
| ADECCO | 20503980216 | A. Horacio Zavallón | transporte | 16 | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERGERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | |
| Jean Carlos Verastegui | | | 7 121 335 7 | 27 | | | |
| 16. AREA | 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) |
| Mecánica | Electricista | 06 | M | N | parcial | 04 | 05 |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | ANO | HORA | DIA | MES | ANO | |
| 05 | 06 | 2021 | 21:00 | 05 | 06 | 2021 | Mecánica de locomotoras |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | |
| | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | |
| Mientras que el señor había su revisión diaria de la locomotora por ser nocturno se hipoic cayendo de manos | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | |
| Falta de implementación de luminarias en el taller. | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | |
| | | DIA | MES | ANO | | | |
| Implementación de luminarias en el lugar | Jean Carlos Verastegui | 05 | 06 | 2021 | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | |
| Aden Popo | S. seg. | 05-06-2021 | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | |
| Marcel Z | Sup seg | 05-06-2021 | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--------------|---|--|---|---|---|------------------|--------------------------------|-------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| DDECCO | 20503980216 | A. Hiram Zavallón S/A | | | transporte | 46 | | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | 14. N° DNI/CE | | | 15. EDAD | | | |
| Cano Carlos Cordero | | | | | 71503141 | | | 27 | | | |
| 16. AREA | 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) | | | |
| Mecanico | Soldador | 03 | M | N | parcial | 02 | | 07 | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | Mecanica de Carnes | | | | |
| 21 | 05 | 2021 | 13:00 | 21 | 05 | 2021 | | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | | | | | ACCIDENTE INCAPACITANTE | | | | | MORTAL | |
| TOTAL TEMPORAL | | | | | PARCIAL TEMPORAL | | PARCIAL PERMANENTE | | TOTAL PERMANENTE | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba la soldadura de porton del carro le ah caido una chispa o escorita en la mano. | | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | | |
| Mal uso de Epp en un inadecuado trabajo | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| Se le dio una capacitacion al personal | | Carlos Cano Cordero | | | DIA | MES | AÑO | | | | |
| | | | | | 21 | 05 | 2021 | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | | | Firma: | | | | | | |
| Achu Rojas | Sup SES | 21-05-2021 | | | | | | | | | |
| M. Zarak | S SES | 21-05-2021 | | | | | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|--------------------------------|---|---|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| A DECCO | | 20503950216 | | A Horacio Cuallpa | | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNICE | | 15. EDAD | | | |
| Hector Rivera Aza | | | | | | 000481621 | | 41 | | | |
| 16. AREA | | 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) | |
| Mecanica | | Soldador | | 25 | | M | M | Estable | 23 | 02 | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| 19 | 05 | 2021 | 13:00 | 19 | 05 | 2021 | Mecanica de Camos | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad diaria de soldadura de vagones le entro una chispa en el pie ya que el señor no usa sus EPPS. | | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | | |
| Mal uso de los EPPS que se le da al señor | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | | RESPONSABLE | | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | |
| Reinclusion de la importancia de los EPPS | | | Hector Rivera Aza | | | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | | | 19 | 05 | 21 | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | | Firma: | | | | |
| Adm Pijo | | Sup seo | | 19-05-21 | | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | | Firma: | | | | |
| Maxwell Z. | | S. seo | | 19-05-2021 | | | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | |
|--|----------------------------------|---|-------------------------|--|---|---|---|--------------------------------|--------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| FCCD-SO | 2042348114 | A. Huanacallas | transporte | 16 | | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERGERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | | | |
| Giancarlo Jesus Clemente Barceno | | | 71837568 | 22 | | | | | |
| 16. AREA | 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) | | |
| Mecanica | Soldador | 01 | M | D | Parcial | 01 | 02 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | ANO | HORA | DIA | MES | ANO | | | |
| 21 | 06 | 2021 | 08:30 | 21 | 06 | 2021 | Mecanica de carros | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENTE LEVE <input type="checkbox"/> ACCIDENTE INCAPACITANTE <input type="checkbox"/> MORTAL | | | | <input type="checkbox"/> TOTAL TEMPORAL <input type="checkbox"/> PARCIAL TEMPORAL <input type="checkbox"/> PARCIAL PERMANENTE <input type="checkbox"/> TOTAL PERMANENTE | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor soldava la compuerta y el piso de los carros de la locomotora el señor se golpea su codo anular del izquierdo | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | |
| Mal uso de EPP | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | | |
| | | DIA | MES | AN O | | | | | |
| Clavar la al señor hacera del buen uso de epp | Giancarlo Jesus Clemente Barceno | 21 | 06 | 2021 | | | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | |
| Nombre: Adm Pajo | Cargo: sup ses | Fecha: 21-06-2021 | | | Firma: | | | | |
| Nombre: Maxvel Zarco | Cargo: S ses | Fecha: 21-06-2021 | | | Firma: | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|---|--------------------------|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| ADECCO | | 20503980216 | | p. Horacio Zavate S/A | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| | | | | | | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | 14. N° DNI/CE | | | 15. EDAD | | |
| Carlos Cano Candor | | | | | 71505191 | | | 27 | | |
| 16. AREA | | 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) | | |
| Mecánica | | Soldado | 05 | M | M | normal | 02 | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | |
| 22 | 06 | 2021 | 11:00 | 22 | 06 | 2021 | Mecánica de Camión | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | |
| <p>Mientras que el señor realizaba su actividad se golpeo su dedo anular de la mano derecha con su herramienta causando una hemorragia.</p> | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| <p>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.</p> | | | | | | | | | | |
| Falta de concentración. | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| | | | | DIA | MES | AÑO | | | | |
| Se le dio una reincidencia | | Carlos Cano Candor | | 22 | 06 | 21 | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | |
| Adán Riqui | | Sup seg | | 22-06-21 | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | |
| M. Zavate | | S. seg | | 22-06-2021 | | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | |
|--|-------------------------|---|--|--|----------------------|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | |
| ADDECO | 20503980276 | Av Hucun Tacallo 5/2 | transporte | 16 | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | |
| Pecho Almidon Peralas | | | 20071244 | 41 | | | |
| 16. AREA | 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 | |
| Mecanica | Electrico | 75 | M | N | pericial | 70 | |
| 23. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del accidente) | | 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | |
| 06 | | DIA MES AÑO HORA | | DIA MES AÑO | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | |
| | | 12 04 2021 12:10 | | 12 04 2021 | | Mecanica de (construccion) | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | |
| | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad del día se dio el tobillo. | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | |
| - PISO desnivel - Exceso de confianza | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) |
| | | | | DIA | MES | AÑO | |
| Se le dio una charla al señor de la importancia de concentración | | Pecho Almidon Peralas | | 12 | 04 | 2021 | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | |
| Adan Pato | S. ses | 12-04-2021 | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | |
| Maximiliano Zuate | Sup seg | 12-04-2021 | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------|--|---|----------|---|--------------------------------|--------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| FCCAS S/S | | 20432348114 | | Av. Horacio Zúñiga | | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DN/CE | | 15. EDAD | | | |
| Ventocilla Sorablia Alexander | | | | | | 70553742 | | 23 | | | |
| 16. AREA | | 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) | | |
| Mecánica Soldadura | | 01 | M | D | Parcial | 07 | | 03 | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | Mecanica de carros | | | | |
| 15 | 06 | 2021 | 1000 | 15 | 06 | 2021 | | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. <p>Mientras el señor realizaba sus actividades le cae una plancha de metal en la mano</p> | | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | | |
| Conducciones Subestándares | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | | |
| Se le dio una repulacion al señor | | Ventocilla Sorablia Alexander | | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: Adan Rojas | | Cargo: SSES | | Fecha: 15-06-2021 | | | Firma: | | | | |
| Nombre: Maxwell Zúñiga | | Cargo: Sp. SES | | Fecha: 15-06-2021 | | | Firma: | | | | |

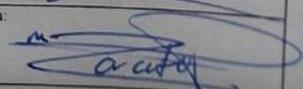
Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---|--------------|--|-------------------------|---|---|---|--|--------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| ADECCO | 20503980216 | Av. Huaros Zuloaga | | | transporte | 16 | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | 14. N° DNICE | | 15. EDAD | | | |
| Jean Carlos Verastegui | | | | | 71213357 | | 27 | | | |
| 16. AREA | 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) | | |
| Mecanica | Mecanico | 06 | M | D | Permanente | 09 | | 03 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | ANO | HORA | DIA | MES | ANO | Mecanica de locomotoras | | | |
| 19 | 06 | 2021 | 09:30 | 19 | 06 | 2021 | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | | | | ACCIDENTE INCAPACITANTE | | | | MORTAL | | TOTAL TEMPORAL |
| | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. <p>Mientras el señor estaba haciendo su actividad diaria en la reparación de locomotoras le cayó aceite caliente en el brazo</p> | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | |
| Falta de implementación de salida de residuos | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| Implementación de salida de residuos | | Jorge Flores | | DIA | MES | AÑO | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | |
| Nombre: Adán Rojas | | Cargo: S. ses | | Fecha: 19-06-2021 | | | Firma: | | | |
| Nombre: Manuel Zarate | | Cargo: Sp ses | | Fecha: 19-06-2021 | | | Firma: | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|--|--|---|---|--------------------------------|-------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| FCCA-SA | 20432348114 | Av. Horacio Cevallos 5 | | transporte | 16 | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | | |
| Hugo Rodríguez Cerrón | | | | 20661278 | 58 | | | | |
| 16. AREA | 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) | | |
| Mecanica | Mecanica | 28 | M | D | Estable | 76 | 00 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | |
| 05 | 04 | 2021 | 08:00 | 05 | 04 | 2021 | Mecanica de Cerrón | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | |
| | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. Mientras que el señor realizaba su actividad del día se golpeo el dedo onular de la mano derecha | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. Exceso de confianza en su actividad rutinaria | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | |
| - Se le dio una reincuación al señor | | Hugo Rodríguez Cerrón | | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | 05 | 04 | 2021 | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | | |
| Adán Rojas | Sup. seg | 05-04-2021 | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | | |
| Maxwell Zavate Ponce | Sup. seg | 05-04-2021 | | | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | |
|--|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------|---|---|--------------------------------|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | |
| A DECCO | | 20503980216 | | A. Hualde Zucillos S/A | | | transporte | | 16 | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | |
| | | | | | | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNI/CE | | 15. EDAD | | |
| Cano Carlos Condon | | | | | | 71505143 | | 22 | | |
| 16. AREA | | 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) |
| Mecanica | | Mecanico | | 05 | | M | D | perman | 02 | 07 |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | |
| 25 | 05 | 2021 | 15:00 | 25 | 05 | 2021 | Mecanica de carros | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad diaria se tropeco con sus herramientas pegadas en su Area de trabajo | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | | RESPONSABLE | | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | |
| Se le hizo una reinstrucción de orden y limpieza del Area. | | | Carlos cano condon | | | 25 05 2021 | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | |
| Adm Robo | | S. SES | | 25-05-2021 | |  | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | |
| Maxwell Zarate | | SP SES | | 25-05-2021 | |  | | | | |

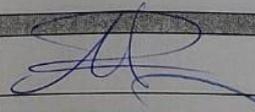
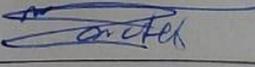
Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|---|-------------------------|---|---|--------------------------|--|--|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| ADECCO | 2050480216 | A Horacio Zucallo S.A. | | | trans por te | 16 | | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | | |
| Luis Miguel Camarena | | | | | | 70553798 | 33 | | | | |
| 16. AREA | 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) | | | | |
| Mecanica | Electricista | 08 | M | D | Estador | 05 | 03 | | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| 22 | 04 | 2021 | 09:34 | 22 | 04 | 2021 | Mecanica de Viced | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | | | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad diaria a la hora de trabajar una pieza metálica el torno lo golpea en el brazo izquierdo | | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | | |
| Falta de concentración en su actividad | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | | |
| | | | | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| SE le capacita a personal | | Luis Miguel Camarena | | 22 | 04 | 2021 | | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | | | Firma: | | | | | | |
| Adan Pop | S.S.S | 22-04-2021 | | | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | | | Firma: | | | | | | |
| M. Zacle | SP SEG | 22-04-2021 | | | | | | | | | |

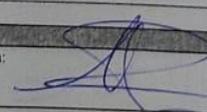
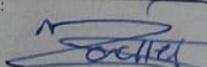
Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|--|---|---|---|--------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| DPECCO | 20503980216 | Av. Horacio Caceres | transporte | 16 | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | | |
| Inojan Rojas Gonzales | | | 72949794 | 27 | | | | |
| 16. AREA | 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) | |
| Mecanica | Mecanico | 05 | M | M | parcial | 04 | 02 | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | |
| 26 | 04 | 2021 | 09:10 | 20 | 04 | 2021 | Mecanica de vias | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | |
| | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba la limpieza de Autovias con el soplete una estructura sale volando golpeando la cabeza. | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | |
| Mal uso de la Herramienta mecanica | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| | | DIA | MES | AÑO | | | | |
| Se le capacito a todo el personal el buen uso de la maquina | Inojan Rojas Gonzales | 20 | 04 | 2021 | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | |
| Nombre: Aden Rojas | Cargo: S. SES | Fecha: 20-04-2021 | Firma: | | | | | |
| Nombre: M. Zavate | Cargo: sup SES | Fecha: 20-04-2021 | Firma: | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|----------------------|---|---|---|--|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | |
| ADECCO | | 20503480216 | | A Horacio Lucilla Jr | | | transporte | | 16 | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNI/CE | | 15. EDAD | | |
| Edward Cordova Soto | | | | | | 70498076 | | 29 | | |
| 16. AREA | 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) | | |
| Mecanica | Electricista | 05 | M | N | Parcial | 04 | | 03 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | |
| 15 | 04 | 2021 | 11:00 | 15 | 04 | 2021 | Mecanica de locomotoras | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | |
| <p>Mientras que el señor realizaba su actividad rutinaria de inspeccion de la locomotora el señor se golpeo su mano derecha.</p> | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | |
| Falta de concentración en el crea laboral | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | |
| Se le capacito al personal del caso | | | Edward Cordova Soto | | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | | | 15 | 04 | 2021 | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | |
| Adm Pops | | S. seg | | 15-04-2021 | |  | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | Fecha: | | Firma: | | | | |
| M. Zarate | | Sup seg | | 15-04-2021 | |  | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|--|---|---|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| APECCO | 2050390216 | D. Horacio Zavallos 3ro | transporte | 16 | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | | |
| Petro Amiclon Peralta | | | 20571244 | 21 | | | | |
| 16. AREA | 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) | |
| Mecanica | electrico | 15 | M | N | permanente | 10 | 02 | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | |
| 05 | 05 | 2021 | 18:00 | 05 | 05 | 2021 | | Mecanica de locomotoras |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | |
| | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. | | | | | | | | |
| Mientras el señor inspeccionaba el tablero eléctrico el señor sufrió una descarga. | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | |
| Infraestructura de la maquina | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| | | DIA | MES | AÑO | | | | |
| Se le dio una reentrenamiento al personal | Petro Amiclon Peralta | 05 | 05 | 2021 | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | |
| Nombre: Aden Rios | Cargo: S. ses | Fecha: 05-05-2021 | Firma:  | | | | | |
| Nombre: Mzaate | Cargo: Sp ses | Fecha: 05-05-2021 | Firma:  | | | | | |

Anexo 22: Formatos de accidentes, gravedad y días perdidos recolectados
(Después = 10 formatos)

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| DPECCO | | 20503980216 | | Av. Horacio Zumbel 311 | | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERGERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNI/CE | | 15. EDAD | | | |
| Hector Rivera Saen | | | | | | 200481164 | | 41 | | | |
| 16. AREA | | 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) | | |
| Mecánica | | Mecánico | 25 | M | D | estable | 23 | | 05 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| 16 | 09 | 2021 | 09:00 | 16 | 09 | 2021 | Mecánica de Carnes | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso). | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad el señor sufrió de un accidente laboral | | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | | |
| | | | | DIA | MES | AÑO | | | | | |
| Se le hizo una reintegración al señor | | Hector Rivera Saen | | 16 | 09 | 2021 | | | | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | |
| Nombre: Acha Pardo | | Cargo: Sp - ses | | Fecha: 16-09-2021 | | Firma: | | | | | |
| Nombre: Manuel Zante | | Cargo: Sp ses | | Fecha: 16-09-2021 | | Firma: | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|------------------|--|-------------------------|---|---|---|---|--------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| DDECCLO | 20303480216 | Av. Honorio Cavallari Sr. | | | transporte | 16 | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | 14. N° DNI/CE | | | 15. EDAD | | |
| Cano Condo, Shair | | | | | 71050791 | | | 25 | | |
| 16. AREA | 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) | | |
| Mecánica | Soldador | 05 | M | N | Parcial | 07 | | 87 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | Mecanica de Correo | | | |
| 06 | 08 | 2021 | 09:30 | 06 | 08 | 2021 | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | | | | ACCIDENTE INCAPACITANTE | | | | MORTAL | | TOTAL TEMPORAL |
| | | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | |
| <p>Mi hermano que el señor realizaba su actividad diaria el señor spino un accidente su compañero hizo caer una herramienta y le dio codo en la mano</p> | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | | RESPONSABLE | | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | |
| Cano Condo se le hizo una reintegración | | | Cano Condo Shair | | | 06 08 2021 | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | |
| Nombre: Admi Rojas | | Cargo: Sp. seg | | Fecha: 06-08-2021 | | Firma: | | | | |
| Nombre: Maxwell Zavate | | Cargo: Sp. seg | | Fecha: 06-08-2021 | | Firma: | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|--|----------------------|---|---|--------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| D DECUO | 2050340216 | Av. Horacio Zwiler 30 | transporte | 16 | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | | |
| Jhoan Rojas Gonzalez | | | 7794794 | 27 | | | | |
| 16. AREA | 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) | |
| Mecanica | Mecanica | 05 | M | N | Pleno | 04 | 05 | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | |
| 22 | 09 | 2021 | 18:00 | 22 | 09 | 2021 | Mecanica - de Vias y Obras | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | |
| | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. | | | | | | | | |
| Mientas el señor se realizaba la actividad diaria el señor se cae generando una hematoma por la piel o el balastro. | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | |
| Se le hizo una inducción al señor | | Jhoan Rojas Gonzalez | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | | 22 | 09 | 2021 | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | |
| Jhoan Rojas | sp se | 22-09-2021 | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | |
| Maxwell Cuote | sp se | 22-09-2021 | | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|-------------------------|--|----------------------|---|---|--------------------------------|-------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| TADA | 20512574212 | Av. Hérostratibulo | transporte | 16 | | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNICE | | 15. EDAD | | | | |
| Diego Figueroa Bino | | | 77701773 | | 29 | | | | |
| 16. AREA | 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) | | |
| Mecánica | Mesida | 09 | m | D | Parcial | 03 | 05 | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | |
| 13 | 09 | 2021 | 10:00 | 13 | 09 | 2021 | Mecánica de Vías y Obras | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | | |
| | | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. | | | | | | | | | |
| Mientras se hacían la validación el señor justo se accidento golpeandose la mano derecha con su propia comba | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| Se le hizo la respectiva reincorporación | | Diego Figueroa Bino | | 13 09 2021 | | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | | |
| Adán Rojas | Sp ses | 13-09-2021 | [Firma] | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | | |
| Manuel Zante | sp ses | 13-09-2021 | [Firma] | | | | | | |

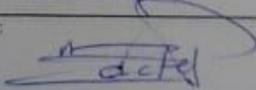
Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|--|---|---|---|-------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| ADCCO | 2050348 0216 | A. Horacio Caceres S/N | Transporte | 16. | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | | |
| Cano Carlos Condezar Jhar | | | 71505141 | 28 | | | | |
| 16. AREA | 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) | |
| Mecanica | Mecanica | 05 | M | N | Porcua | 02 | 07 | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | |
| 29 | 09 | 2021 | 10:00 | 29 | 09 | 2021 | Mecanica de Cano | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | |
| | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. | | | | | | | | |
| Mientras el señor realizaba su actividad diaria una pequeña vinta se le entó en el brazo del trabajador | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| | | DIA | MES | AÑO | | | | |
| Se le hizo una capacitación de buen uso del EPPs | Cano Carlos Jhar | 29 | 09 | 2021 | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | |
| Achu Rojas | Sp ses | 29-09-2021 | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | |
| Marnell Avate | Sp ses | 29-09-2021 | | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|---|--------------------|---|-------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | |
| FCO S.O | 20432348114 | Av. Horacio Tuollo Sr. | transporte | 16 | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNI/CE | 15. EDAD | | | |
| Hugo Tomé Méjica Cerna | | | 20661778 | 58 | | | |
| 16. AREA | 17. PUESTO DE TRABAJO | 18. ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO | 19. SEXO F/M | 20. TURNO D/T/N | | | |
| Mecánica | Mecánica | 28 | M | D | | | |
| 21. TIPO DE CONTRATO | | 22. TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO | | 23. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del accidente) | | | |
| Estable | | 16 | | 08 | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | | DIA | MES | AÑO |
| 14 | 08 | 2021 | 10:00 | 14 | 08 | 2021 | Mecánica de Camión |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ AFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | |
| | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso). | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. | | | | | | | |
| Mientras el señor realizaba las actividades sufrió el dedo de la mano derecha por que sus guantes estaba en mal estado. | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | |
| Se le hizo una retroalimentación del buen uso de l' EPP | | Hugo Pacheco Cerna | DIA | MES | AÑO | | |
| | | | 14 | 08 | 2021 | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | |
| Adan Rojas | sp. seg | 14-08-2021 | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | |
| Maxwell Zucite | sp. ses | 14-08-2021 | | | | | |

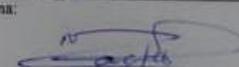
Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------|--|---|--|---|------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 2. RUC | | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| ADCCO | | 20503980216 | | Av. Hazaio Umalla | | transporte | | 16 | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | | 8. RUC | | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | | | | 14. N° DNI/CE | | 15. EDAD | | |
| Jhon Carlos Veras Pegui | | | | | | 71213357 | | 27 | | |
| 16. AREA | | 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) | |
| Mecanica | | Mecanica | 06 | M | D | Permanente | 04 | | 03 | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | | | |
| 20 | 08 | 2021 | 14:00 | 20 | 08 | 2021 | Mecanica de locomotora | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ AFECTADOS | |
| ACCIDENTE LEVE | <input checked="" type="checkbox"/> | ACCIDENTE INCAPACITANTE | <input type="checkbox"/> | MORTAL | <input type="checkbox"/> | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | <input checked="" type="checkbox"/> | TOTAL PERMANENTE |
| | | | | | | | | | | 01 |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| <p>Describe sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.</p> <p>Adjuntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de ser el caso. <p>Mientras que el señor realizaba su actividad diaria del Señor sufre un accidente por no usar su cacha para comer.</p> | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | |
| Se le hizo una capacitacion al personal | | Jhon Carlos Verastegui | | DIA | MES | AÑO | | | | |
| | | | | 20 | 08 | 2021 | | | | |
| 18. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | |
| Nombre: Aden Rojas | | Cargo: Sp seg | | Fecha: 20-08-2021 | | Firma:  | | | | |
| Nombre: Manuel Zacte | | Cargo: Sp seg | | Fecha: 20-08-2021 | | Firma:  | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|---|--|---|---|--------------------------|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | |
| DDECCO | 2050 390216 | De Horcasabal | | transporte | 16 | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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 INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS | | | | | | | | |
| 7. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DNICE | | 15. EDAD | | | |
| Edward Lardora Soto | | | 704980216 | | 29 | | | |
| 16. AREA | 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) | |
| Mecanica | Mecanica | 05 | M | N | Parcial | 04 | 02 | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | |
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | | |
| 13 | 10 | 2021 | 20:00 | 13 | 10 | 2021 | Mecanica de locomotora | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ AFFECTADOS |
| ACCIDENTE LEVE | ACCIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL | TOTAL TEMPORAL | PARCIAL TEMPORAL | PARCIAL PERMANENTE | TOTAL PERMANENTE | | |
| | | | | | | | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | |
| Describe 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 de ser el caso. | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad diaria el señor se tropiezo por exceso de aceite en su area | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | |
| M1 | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | |
| | | | | DIA | MES | AÑO | | |
| Se le realizo una reintegracion al señor | | Edmura Lardora Soto | | 13 | 10 | 2021 | | |
| 35. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | |
| Adán Rojas | Sp - seg | 13 - 10 - 2021 | | | | | | |
| Nombre: | Cargo: | Fecha: | Firma: | | | | | |
| Maxwell Zante | Sp seg | 13 - 10 - 2021 | | | | | | |

Formato de registro de accidentes de trabajo; RM-050-2013-TR.

| N° REGISTRO | | REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|--|--------------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 2. RUC | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 4. ACTIVIDAD ECONOMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | | | | | | | |
| ADECCO | 2050398026 | Av. Horacio Aguillo J. | transporte | 26 | | | | | | | | | | | |
| 6. COMPLETAR SOLO 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. RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL | 8. RUC | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) | 10. ACTIVIDAD ECONOMICA | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL | | | | | | | | | | | |
| 12. COMPLETAR SOLO 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 EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | | | 14. N° DN/CE | | 15. EDAD | | | | | | | | | | |
| Teodoro Figueroa Rojas | | | 21296821 | | 56 | | | | | | | | | | |
| 16. AREA | 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) | | | | | | | | |
| Mecanica | Soldador | 23 | M | D | estable | 22 | 02 | | | | | | | | |
| INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTES | | | | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION | | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | | | | | | | |
| DIA | MES | ANO | HORA | DIA | MES | ANO | | | | | | | | | |
| 03 | 08 | 2021 | 11:00 | 03 | 08 | 2021 | Mecanica de Soldadura | | | | | | | | |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO | | | 28. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) | | | | 29. N° DIAS DE DESCANSO MEDICO | 30. N° TRABAJ. AFECTADOS | | | | | | | |
| ACCIDENTE LEVE | <input checked="" type="checkbox"/> | ACCIDENTE INCAPACITANTE | <input type="checkbox"/> | MORTAL | <input type="checkbox"/> | TOTAL TEMPORAL | <input type="checkbox"/> | PARCIAL TEMPORAL | <input type="checkbox"/> | PARCIAL PERMANENTE | <input type="checkbox"/> | TOTAL PERMANENTE | <input type="checkbox"/> | | |
| 31. DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso): | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32. DESCRIPCION 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 de ser el caso. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mientras que el señor realizaba su actividad de Reparación de cambios se accidentó golpeándose la muñeca con su herramienta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33. DESCRIPCION 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. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34. MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA | | RESPONSABLE | | FECHA DE EJECUCION | | | Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución) | | | | | | | | |
| Se le dio una reeducación | | Teodoro Figueroa Rojas | | 03 08 2021 | | | / | | | | | | | | |
| 16. RESPONSABLE DEL REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: Adán Rojas | | Cargo: Sp. seg | | Fecha: 03-08-2021 | | Firma:  | | | | | | | | | |
| Nombre: Maxwell Zarate | | Cargo: Sp. seg | | Fecha: 03-08-2021 | | Firma:  | | | | | | | | | |



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA

ESCUELA PROFESIONAL DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Siendo las 20:50 horas del 02/12/2021, el jurado evaluador se reunió para presenciar el acto de sustentación de Tesis titulada: "IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN SST PARA DISMINUIR LOS ACCIDENTES LABORALES DEL ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA EMPRESA FCCA – OROYA, 2021", presentado por los autores SOLIS ORTIZ KENYI, ROJAS MUÑOZ ADAN ORLANDO estudiantes de la escuela profesional de INGENIERÍA INDUSTRIAL.

Concluido el acto de exposición y defensa de Tesis, el jurado luego de la deliberación sobre la sustentación, dictaminó:

| Autor | Dictamen |
|--------------------------|-----------------|
| ADAN ORLANDO ROJAS MUÑOZ | Mayoría |

Firmado digitalmente por:
JQUIROZC00 el 21 Dic 2021 15:46:22

JOSE SALOMON QUIROZ CALLE
PRESIDENTE

Firmado digitalmente por: AMALCAH el 19
Dic 2021 18:03:58

ALEXANDER DAVID MALCA
HERNANDEZ
SECRETARIO

Firmado digitalmente por: EVILLARROELN el
19 Dic 2021 15:14:40

EDUARDO JULIAN VILLARROEL NUÑEZ
VOCAL



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA

ESCUELA PROFESIONAL DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Siendo las 20:50 horas del 02/12/2021, el jurado evaluador se reunió para presenciar el acto de sustentación de Tesis titulada: "IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN SST PARA DISMINUIR LOS ACCIDENTES LABORALES DEL ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA EMPRESA FCCA – OROYA, 2021", presentado por los autores SOLIS ORTIZ KENYI, ROJAS MUÑOZ ADAN ORLANDO estudiantes de la escuela profesional de INGENIERÍA INDUSTRIAL.

Concluido el acto de exposición y defensa de Tesis, el jurado luego de la deliberación sobre la sustentación, dictaminó:

| Autor | Dictamen |
|-------------------|-----------------|
| KENYI SOLIS ORTIZ | Mayoría |

Firmado digitalmente por:
JQUIROZC00 el 21 Dic 2021 15:46:22

JOSE SALOMON QUIROZ CALLE
PRESIDENTE

Firmado digitalmente por: AMALCAH el 19
Dic 2021 18:03:58

ALEXANDER DAVID MALCA
HERNANDEZ
SECRETARIO

Firmado digitalmente por: EVILLARROELN el
19 Dic 2021 15:14:40

EDUARDO JULIAN VILLARROEL NUÑEZ
VOCAL



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

Autorización de Publicación en Repositorio Institucional

Nosotros, ROJAS MUÑOZ ADAN ORLANDO, SOLIS ORTIZ KENYI identificados con DNIs N° 72701275, 71983402, (respectivamente) estudiantes de la FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA y de la escuela profesional de INGENIERÍA INDUSTRIAL de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ATE, autorizamos (X), no autorizamos () la divulgación y comunicación pública de nuestra Tesis: "IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN SST PARA DISMINUIR LOS ACCIDENTES LABORALES DEL ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA EMPRESA FCCA – OROYA, 2021".

En el Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo, según esta estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33.

Fundamentación en caso de NO autorización:

| |
|--|
| |
|--|

ATE VITARTE, 06 de Enero del 2022

| Apellidos y Nombres del Autor | Firma |
|--|---|
| SOLIS ORTIZ KENYI DNI: 71983402 ORCID 0000-0002-3180-8999 | Firmado digitalmente por: KSOLISO el 06-01-2022 22:02:40 |
| ROJAS MUÑOZ ADAN ORLANDO DNI: 72701275 ORCID 0000-0003-1689-3176 | Firmado digitalmente por: AOROJASR el 06-01-2022 22:04:56 |

Código documento Trilce: INV - 0488067



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, VILLARROEL NUÑEZ EDUARDO JULIAN, docente de la FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA de la escuela profesional de INGENIERÍA INDUSTRIAL de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ATE, asesor de Tesis titulada: "IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN SST PARA DISMINUIR LOS ACCIDENTES LABORALES DEL ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA EMPRESA FCCA – OROYA, 2021", cuyos autores son SOLIS ORTIZ KENYI, ROJAS MUÑOZ ADAN ORLANDO, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 19 de Diciembre del 2021

| Apellidos y Nombres del Asesor: | Firma |
|---|--|
| VILLARROEL NUÑEZ EDUARDO JULIAN DNI: 07681952 ORCID 0000-0002-1884-2682 | Firmado digitalmente por: EVILLARROELN el 19-12- 2021 15:03:09 |

Código documento Trilce: TRI - 0234809



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

Declaratoria de Originalidad de los Autores

Nosotros, ROJAS MUÑOZ ADAN ORLANDO, SOLIS ORTIZ KENYI estudiantes de la FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA de la escuela profesional de INGENIERÍA INDUSTRIAL de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ATE, declaramos bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN SST PARA DISMINUIR LOS ACCIDENTES LABORALES DEL ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA EMPRESA FCCA – OROYA, 2021", es de nuestra autoría, por lo tanto, declaramos que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. Hemos mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

| Nombres y Apellidos | Firma |
|--|---|
| ROJAS MUÑOZ ADAN ORLANDO DNI: 72701275 ORCID 0000-0003-1689-3176 | Firmado digitalmente por: AOROJASR el 06-01-2022 22:05:00 |
| SOLIS ORTIZ KENYI DNI: 71983402 ORCID 0000-0002-3180-8999 | Firmado digitalmente por: KSOLISO el 06-01-2022 22:03:39 |

Código documento Trilce: INV - 0488071