

CO - PE - 1PE327 - SS - PT - 034

ESTANDAR DE GESTIÓN DE BIENESTAR Y SALUD OCUPACIONAL PARA LAS SUBCONTRATISTAS

Propuesto por

Coordinador de Seguridad

Isaias Santiago Cristobal, 07/01/2024



Revisado por

Jefe de Seguridad

Dante Crisostomo Muñoz, 07/01/2024



Aprobado por

Gerente de Proyecto

Miguel Ángel del Barco Güemes
07/01/2024



Nivel de seguridad:

Interno

Alcance:

Defensas Ribereñas Río Lacramarca (Paquete 11 R-07)

Histórico de revisiones

Rev. 00	01/04/2022	Elaboración del estándar
		Se modifica: - Firma del Coordinador de Seguridad - Se actualizo fechas de revisión y aprobación - Se modifiko 3.1.2. Contenido básico del maletín de Emergencias para la subcontratista - Se anexo:
1	13/05/2023	- ANEXO 02. Registro de Comunicación Preliminar de Incidente - ANEXO 03. Registro de Informe de Accidente Laboral - ANEXO 07. Comparativo de Equipamiento básico para una Estación de Emergencia - ANEXO 09. Comparativo de Botiquín para Equipo Pesado y Liviano
2	10/09/2023	Se modificó lo siguiente: Firma del actual Jefe de Seguridad Se actualizo las fechas de revisión y aprobación
3	07/01/2024	Se modificó lo siguiente: 3.1.2 Contenido básico del maletín de Emergencias para la subcontratista caso contará con médico ocupacional

Documentación relacionada y aplicable

Ley 26842-MINSA	Ley General de Salud
D.S. 011-2019-TR	Documento que aprueba el Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional en el Trabajo para el sector de Construcción
N.T. de Edificación G.050	Norma Técnica de Edificación "Seguridad durante la Construcción".
N.T.S 113-MINSA	Norma Técnica de Salud "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención"
NTS 051-MINSA	Norma Técnica de Salud para el Transporte asistido de pacientes por vía Terrestre.
R.M. 830-2012-MINSA	Resolución Ministerial que Modifica la N.T.S. 051-MINSA para el Transporte asistido de pacientes por vía Terrestre.

Definiciones

Bioseguridad	Es un conjunto de medidas preventivas reconocidas internacionalmente y orientadas a proteger la salud y la seguridad del personal y su entorno.
Biocontaminado	Los residuos sólidos hospitalarios o biocontaminados son aquellos generados durante la atención, diagnóstico, prevención, tratamiento y curación, incluyendo los generados en los laboratorios.
Equipamiento	Es el conjunto de bienes de un establecimiento necesarios para el desarrollo de prestaciones de salud o actividades administrativas. Comprende equipos, mobiliario, instrumental y vehículos.
Emergencia	Es una situación que se presenta de forma repentina y requiere de una atención inmediata por el alto riesgo de la vida.
Instrumental	Es el conjunto de instrumentos (set) usados durante la actividad asistencial. Ejemplo: Set instrumental para curaciones, sutura, entre otros.

Urgencia	Se presenta repentinamente, pero sin riesgo de vida y puede requerir de una asistencia médica dentro de un tiempo razonable (2 o 3 horas).
Auxilio oportuno	Son todas las medidas dirigidas a garantizar los primeros auxilios y el transporte asistido a través del servicio de ambulancia a un establecimiento de salud.
Desfibrilador Automático Externo	Es el dispositivo médico destinado a analizar el ritmo cardiaco, identificar las arritmias mortales tributarias de desfibrilación y administrar, con intervención de una persona entrenada, una descarga eléctrica con la finalidad de restablecer el ritmo cardiaco viable con altos niveles de seguridad.

Matriz del Conocimiento

CATEGORÍA

- ☐ Todas las categorías
- ☐ Consejero Delegado
- ☐ Directores Generales
- ☐ Dirección General
- ☐ Director Corporativo
- ☐ Director
- ☐ Jefe Corporativo de
- ☒ Jefe de
- ☒ Técnico
- ☒ Especialista
- ☒ Administrativo
- ☒ Operario cualificado

FUNCIONES

- ☐ Todas las funciones
- ☐ Asesoría Jurídica
- ☐ Económico Financiera
- ☐ Organización
- ☒ RR.HH y SSGG
- ☐ Sistemas de Información
- ☐ Soporte Corporativo
- ☒ Soporte Técnico
- ☒ Línea/Producción
- ☒ Otros: Proveedor

Responsable de distribución: Gerente de SSOMA

ÍNDICE

1.	OBJETIVOS	6
2.	ALCANCE	6
3.	ESPECIFICACIONES	6
3.1.	Generalidades	6
3.1.1.	Ubicación y Estructura del Área para Atención en Salud Ocupacional.	6
3.1.2.	Contenido básico del maletín de Emergencias para la subcontratista caso contará con médico ocupacional:	7
3.1.3.	Contenido de las Estaciones de Emergencia:	9
3.1.4.	Entregables:	9
3.1.5.	Eliminación de residuos biocontaminados.	10
4.	RESPONSABILIDADES	10
4.1.	Gerente del Proyecto	10
4.2.	Gerencias y Supervisión	10
4.3.	Equipo de Salud Ocupacional del Proyecto	11
4.4.	Trabajadores	11
5.	anexos	11

1. OBJETIVOS

Establecer los documentos de gestión de bienestar y salud ocupacional para las subcontratistas que se ubicarán dentro del área del proyecto “Entrega de las defensas ribereñas del río Lacramarca”.

2. ALCANCE

Este estándar es aplicable para OHLA y a las subcontratistas prestadora del servicio de salud a cargo de esta.

3. ESPECIFICACIONES

3.1. Generalidades

3.1.1. Ubicación y Estructura del Área para Atención en Salud Ocupacional.

El ambiente debe encontrarse ubicado en una zona segura, adecuada, de fácil acceso, donde se desarrolla el proyecto y contará con un área mínima de 10 m².

El área destinada podrá ser construida o prefabricada, cumpliendo con lo mínimo requerido en el Reglamento Nacional de Edificaciones (DS N° 011-2006-VIVIENDA), así mismo con características y condiciones como:

- Estructura en óptimas condiciones de conservación.
- Ventilación natural y artificial adecuada.
- Iluminación natural y artificial adecuada.
- Accesos y pasadizos en óptimas condiciones y con dimensiones adecuadas.
- Espacios y áreas definidas.
- Debe ubicarse en zonas seguras, estables y adecuadas, no vulnerables a deslizamientos y/o inundaciones.
- Evitar su proximidad a focos de contaminación ambiental por sustancias contaminantes y ruidos. Se considera una distancia de 300 m. a establos, granjas, camales, basurales, fábricas y depósitos de fertilizantes, o cualquier otro tipo de industrias y cementerios y una distancia de 100 m. a locales comerciales.
- Se evitará su proximidad a grifos y depósitos de combustibles a una distancia no menor de 50 metros. (establecido en el Reglamento Nacional de Construcciones).



Figura 01 : Distribución referencial del área de tópico

- Escritorio del personal de salud
- Silla del escritorio
- Silla de pacientes
- Camilla con peldaño de ser necesario.
- Coche de curaciones
- Estantes para insumos.
- Frigobar en caso amerite
- Mesa de apoyo para maletín de Emergencia y/o enfermero
- Lavadero portátil
- Tabla rígida equipada (correas, inmovilizador y chaleco de extricación)
- Dispensador de agua

3.1.2. Contenido básico del maletín de Emergencias para la subcontratista caso contará con médico ocupacional:

El maletín de primeros auxilios debes estar instalados en lugares seco y fresco y que sean de fácil acceso por los responsables de salud de la empresa, por lo cual el maletín de primeros auxilios deberá estar ubicado en el ambiente destinada para la atención de personal, de la empresa. Dicho maletín será uso exclusivo del médico ocupacional quien llevará el control de entrada y salida de insumos, así mismo brindará receta médica por atención a colaboradores, registrando en el registro de atención diaria.

DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	Stock Mínimo Requerido
ABOCATH N° 16	UNIDAD	2
ABOCATH N° 18	UNIDAD	2
AGUA DESTILADA X 5 ML	AMPOLLA	2
AGUA OXIGENADA X 120 ML	FRASCO	1
ALCOHOL 96° X 120 ML	FRASCO	1
ALGODÓN HIDROFILO 100 G	UNIDAD	1
APOSITOS	UNIDAD	4
ASA 500MG	TABLETAS	4
ATROPINA 0,5 MG X 1 ML	AMPOLLA	2
HOJA BISTURI N° 20	UNIDAD	2
BOLSA COLECTORA ORINA	UNIDAD	1
BUSCAPINA COMPOSITUM	CAPSULAS	5
BUSCAPINA COMPOSITUM	AMPOLLA	2
CALADRYL X 20 ML	FRASCO	1
CANULA BINASAL ADULTO	UNIDAD	1
CAPTROPIL 25 MG	TABLETAS	5
CETIRIZINA 10 MG	TABLETAS	10
CLORFENAMINA 10 MG X 1 ML	AMPOLLA	5
CLORURO DE SODIO 9 % X 1 L	UNIDAD	1
CURITAS	UNIDAD	10
DEXAMETASONA 4 MG X 2 ML	AMPOLLA	5
DIAZEPAM 10 MG	AMPOLLA	2
DICLOFENACO 75 MG X 3 ML	AMPOLLA	5
DIMENHIDRATO 50 MG X 5 ML	AMPOLLA	2
EPINEFRINA 1 MG/1 ML	AMPOLLA	2
EQUIPO VENOCCLISIS	UNIDAD	2
ESPARADRAPO	UNIDAD	1
FRAMIDEX X 2,5 ML GOTAS	FRASCO	1
FUROSEMIDA 20 MG X 1 ML	AMPOLLA	2
GASA ESTERIL MEDIANA	PAQUETE	10
GASA PARAFINADA	PAQUETE	2
GUANTES ESTERILES N° 7 ½	UNIDAD	4
HIDROCORTISONA 250 MG	FRASCO	1
ISORBIDE 10 MG	TABLETAS	4
JERINGA 1 CC X 26 G	UNIDAD	5
JERINGA 5 CC X 21 G	UNIDAD	5
JERINGA 10CC X 21G	UNIDAD	5
JERINGA 20 CC X 21 G	UNIDAD	5
KETOROLACO 60 MG X 2 ML	AMPOLLA	5
LIDOCAINA 2 % S/EPINEFRINA	FRASCO	1
LOPERAMIDA 2 MG	TABLETAS	5
MASCARA OXIGENO ADULTO	UNIDAD	1

MASCARILLA NEBULIZACION ADULTO	UNIDAD	1
METAMIZOL 1 G X 2 ML	AMPOLLA	2
PARACETAMOL 500 MG	TABLETAS	5
REPELENTE FLORESTA 120 ML	FRASCO	2
SALES DE REHIDRATACION ORAL	SOBRES	5
SONDA NASOGASTRICA N° 14	UNIDAD	1
SONDA VESICAL (FOLEY) N° 14	UNIDAD	1
VENDA ELASTICA 2" X 5 YARDAS	UNIDAD	2
VENDA ELASTICA 4" X 5 YARDAS	UNIDAD	2
VENDA ELASTICA 6" X 5 YARDAS	UNIDAD	2

EQUIPOS		
BOLSA DE RESUCITACIÓN AMBU	UNIDAD	1
COLLARÍN CERVICAL	UNIDAD	1
TENSIÓMETRO	UNIDAD	1
ESTETOSCOPIO	UNIDAD	1
OXÍMETRO DE PULSO	UNIDAD	1
FÉRULAS NEUMÁTICAS X 6 PIEZAS	UNIDAD	1
LINTERNA DE EXAMINACIÓN	UNIDAD	1
TERMÓMETRO ORAL	UNIDAD	1
TIJERA DE TRAUMA	UNIDAD	1
TORNIQUETE	UNIDAD	1

3.1.3. Contenido de las Estaciones de Emergencia:

ITEM 1: CONTENIDO	Stock Mínimo Requerido
BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS EQUIPADO	1
FRASCO DE LAVA OJOS PORTÁTIL (BOTELLA DE 1000 ML)	1
KIT DE FÉRULAS NEUMÁTICAS DE 6 PIEZAS	1
COLLARÍN CERVICAL ADULTO MULTITALLA	1
CAMILLA RÍGIDA DE PLÁSTICO CON CORREAS	1
INMOVILIZADOR DE CABEZA	1
MANTA TÉRMICA O FRAZADA	1

3.1.4. Entregables:

El subcontratista presentará los siguientes entregables, de forma mensual:

Informe Mensual

Será elaborado por el médico de la empresa Subcontratista, o quien la empresa subcontratista asigne. Este informe deberá contener la información más relevante de las actividades ejecutadas en el desarrollo del servicio, siendo necesario especificar la

cantidad de exámenes médicos pre-ocupacional, periódicos, retiro de la subcontratista, registro de atenciones médicas diarias ,clasificadas por sistemas, descansos médicos por enfermedad común, recursos empleados, las capacitaciones, inspección de botiquines de la empresa subcontratista, inspecciones de botiquines de los vehículos de la empresa subcontratista, inspección de las estaciones de emergencia (evidencia de registro y evidencia fotográfica), en caso de un accidente, presentarán el informe médico de accidente laboral, cumplimiento del Check list del Anexo N°04 de la RM 1275-2021 / MINSA (registros y evidencias fotográficas), reporte del traslado de pacientes, eventualidades destacadas, comunicaciones importantes, entre otros, lo cual será enviado al Médico Ocupacional de OHLA.

El informe de avance mensual será validado y recibirá la conformidad por el médico ocupacional de OHLA.

Documentos y Registros Diarios

La subcontratista deberá adjuntar al informe mensual, las evidencias de los registros, cuadernos de reportes, formatos usados como control de ingreso y salida de medicamentos, toma de temperatura al personal que ingresa a tópico, control de materiales y bienes, u otros.

Gestión y aprobación del Informe Final

A fines de conformidad, el médico responsable de OHLA, revisará el Informe Final presentado por el subcontratista, a fin de verificar que contenga el contenido solicitado y suficiente, que satisfaga las necesidades de OHLA.

3.1.5. Eliminación de residuos biocontaminados.

- Todos los residuos biocontaminados serán desechados en los tachos de color rojo con bolsa roja interna.
- Los materiales punzocortantes se desecharán en cajas diseñadas para tal fin.
- Se requiere del servicio para la eliminación de los residuos peligrosos.

4. RESPONSABILIDADES

4.1. Gerente del Proyecto

Brindar el respaldo necesario para aplicar el presente estándar en el proyecto.

4.2. Gerencias y Supervisión

Asegurar que el personal acuda oportunamente al Servicio Médico Asistencial ante situaciones de consulta ambulatoria y urgencia médica.

4.3. Equipo de Salud Ocupacional del Proyecto

Supervisar el Servicio Médico Asistencial de la subcontratista, asegurándose que se brinde una atención de calidad para los casos de consulta ambulatoria y urgencia médica.

4.4. Trabajadores

Reportar cualquier condición de salud que requiera atención inmediata y cumplir con las recomendaciones del médico tratante.

5. ANEXOS

- ANEXO 01. REGISTRO DE ATENCIÓN DIARIA
- ANEXO 02. REGISTRO DE COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE INCIDENTE
- ANEXO 03. REGISTRO DE INFORME DE ACCIDENTE LABORAL
- ANEXO 04. INFORME MÉDICO DE ACCIDENTE LABORAL
- ANEXO 05. INSPECCIÓN DEL BOTIQUIN DE PRIMERO AUXILIOS EN EL PROYECTO
- ANEXO 06. INSPECCIÓN DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS – EQUIPAMIENTO BÁSICO PARA LA ESTACIÓN DE EMERGENCIA
- ANEXO 07. INSPECCIÓN DEL BOTIQUIN DE PRIMERO AUXILIOS EQUIPOS Y VEHÍCULOS
- ANEXO 08. REPORTE ACUMULADO DE ATENCIONES MÉDICAS POR SISTEMAS DURANTE EL MES
- ANEXO 10: VIGILANCIA DE ENFERMEDADES COMUNES Y OCUPACIONALES

[illegible]

ANEXO 02. REGISTRO DE COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE INCIDENTE

SGI-PL-17 COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE INCIDENTE								 OHLA Progress Enablers	
Identificación del centro de trabajo:			DEFENSAS RIBEREÑAS DEL RIO LACRAMARCA						
Código del centro de trabajo:			1PE327						
Fecha del Incidente:									
Hora del Incidente:									
TIPOLOGÍA DEL SINIESTRO									
☐ Accidente con daños físicos ☐ Accidente con daños materiales ☐ Accidente con daños ambientales ☐ Near miss ☐ Sin daños									
DESCRIPCIÓN Y LOCALIZACIÓN DEL INCIDENTE									
(Describir brevemente lo que ha ocurrido y la ubicación exacta donde se produjo)									
DATOS DE LOS ACCIDENTADOS									
Nombre	1r Apellido	2º Apellido	Empresa	Categoría	Tiempo en cargo	DNI	Edad		
Tipo de Lesión:									
Partes del Cuerpo Afectadas:									
OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE (si procede):									
(Listar cualquier otra observación: referencias a documentos, fuentes de información, expedientes, partes, actas o informes relacionados, información sobre empresas/personas involucradas con su presunta relación, actuaciones de organismos oficiales, etc.)									
Autor del informe:				Firma:					
Fecha del informe:									

ANEXO 03. REGISTRO DE INFORME DE ACCIDENTE LABORAL

SGI-PL-14 A INFORME DE ACCIDENTE LABORAL												OHLA	
Razón social o denominación social:				OBRASCON HUARTE LAIN S.A. SUCURSAL DEL PERU				RUC:		20425123115			
Domicilio (Dirección, distrito, departamento, provincia):				Av. 28 de Julio Nro. 150 Dpto. 7mo. Miraflores - Lima - Lima									
Tipo de Actividad Económica:				Principal - 7110 / Secundaria 1 - 4390 / Secundaria 2 - 4922									
N° de trabajadores en el centro laboral:				59									
Identificación del centro de trabajo:				DEFENSAS RIBEREÑAS DEL RÍO LACRAMARCA				CCT:		1PE327			
N° de trabajadores afiliados al SCTR:				N° de trabajadores no afiliados al SCTR:				Nombre de la aseguradora:					
Fecha del accidente:								Número de informe: ("Código del incidente"-SS)					
Hora del accidente:													
Lugar del accidente:													
TIPOLOGÍA DEL ACCIDENTE													
☐ Accidente Laboral con "Baja" ☐ Accidente Laboral sin "Baja" ☐ Tratamiento "Otros Casos" ☐ Restricción "Light Duty"													
☐ Accidente en C.T. ☐ Accidente IN ITINERIE													
GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO													
☐ Accidente Leve ☐ Accidente Incapacitante ☐ Accidente Mortal													
☐ Total Temporal ☐ Parcial Temporal ☐ Parcial Permanente ☐ Total Permanente													
DATOS DE LOS ACCIDENTADOS													
Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Empresa	Puesto de trabajo	Antigüedad en el empleo	Área	Turno	Tipo de contrato	DNI/CE	Tiempo de experiencia en el puesto de trabajo	N° de horas trabajadas en la jornada laboral	Sexo	Edad
DATOS DE LA EMPRESA SUBCONTRATISTA													
Razón social o denominación social:													
RUC:													
Domicilio (Dirección, distrito, departamento, provincia):													
Tipo de Actividad económica:													
N° Trabajadores en el Centro Laboral:													
N° de trabajadores afiliados al SCTR:				N° de trabajadores no afiliados al SCTR:				Nombre de la aseguradora:					
INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO													
Fecha de inicio de la investigación:													
Número de trabajadores afectados:													
Tipo de Lesión:													
Partes del Cuerpo Afectadas:													
Diagnóstico Médico:													
Días de Descanso Médico:													
DATOS DE LOS TESTIGOS													
Nombre	Apellidos		Empresa	Categoría	DNI								
DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS QUE SE REALIZABAN:													
(Describir la situación de trabajo, especificando detalles de las diferentes actividades que se estaban llevando a cabo)													
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:													
(Describir lo que ha ocurrido, especificando detalles del incidente y referenciar la ubicación exacta donde se produjo.													
CAUSAS DEL ACCIDENTE:													
(Investigar, analizar y describir las causas básicas y/o inmediatas que han producido el Accidente)													
No Conformidades / Acciones correctivas o preventivas: ☐ SI ☐ NO													
Número	Descripción de las No Conformidades detectadas			Descripción de las Acciones correctivas o preventivas				Código	Fecha de cierre:				
Medidas a adoptar para evitar su repetición													
Número	Descripción de medidas o acciones a realizar				Fecha límite implantación	Fecha prevista verificación eficacia	Eficacia (SI o NO)	Fecha de cierre:					
OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE (si procede):													
(Listar cualquier otra observación: referencias a documentos, fuentes de información, expedientes, partes, actas o informes relacionados, información sobre empresas/personas involucradas con su presunta relación, fotos, etc.)													
RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN:													
Nombre:				Nombre:				Nombre:				Nombre:	
Cargo:				Cargo:				Cargo:				Cargo:	
Fecha:				Fecha:				Fecha:				Fecha:	
Firma:				Firma:				Firma:				Firma:	

NOTA: Según R.M. 050-2013-TR y el DS 011-2019-TR, este formato sustituye al SGI-PL-14 A Informe de Incidente Laboral.

ANEXO 04. INFORME MÉDICO DE ACCIDENTE LABORAL

OHLA Perú						INFORME MÉDICO DE ACCIDENTE LABORAL		CO-PE-1PE327-SS-PH-004 ANEXO013 Revisión: 03 Fecha: 08/01/24	
Contrato				Código:		Fecha de actualización:			
FILIACIÓN									
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR						CÓDIGO		EMPRESA	
D.N.I.		SEXO		EDAD		ESTADO CIVIL		CARGO / FUNCIÓN	
ENCARGADO / LÍDER		ÁREA		FECHA OCURRENCIA		DÍA DE LA SEMANA		HORA	
LUGAR EXACTO DE LA OCURRENCIA				FECHA AFILIACIÓN		TIEMPO EXPERIENCIA		FECHA DE LA EVALUACIÓN MÉDICA	
1.1. INEXISTENCIA DE LESIÓN CORPORAL O FUNCIONAL ☐									
1.2. LESIÓN CORPORAL ☐									
1.3. LESIÓN FUNCIONAL ☐									
1.4. MUERTE ☐									
2. GRAVEDAD DEL ACCIDENTE									
2.1 SIN INCAPACIDAD ☐		2.2. INCAPACIDAD PARCIAL		2.3. INCAPACIDAD ABSOLUTA		2.4 LA EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN CORPORAL O FUNCIONAL PROCEDE DE LA FECHA Y HORA DESCRITA EN EL REPORTE			
		2.2.1 TEMPORAL ☐		2.3.1 TEMPORAL ☐		SI ☐ NO ☐			
		2.2.2 PERMANENTE ☐		2.3.2 PERMANENTE ☐					
3. NATURALEZA DE LA LESIÓN			4. PARTE DEL CUERPO AFECTADA			5. CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR			
EXCORIACIÓN ☐			1 CRÁNEO ☐			1 ARTÍCULOS VARIOS ☐			
HERIDA CORTANTE ☐			3 OJOS DERECHO ☐			2 CAJAS, BARRILES, BULTOS ☐			
HERIDA PENETRANTE ☐			5 BOCA ☐			3 HERRAMIENTAS MANUALES ☐			
HERIDA CONTUSA ☐			7 NARIZ ☐			4 HERRAMIENTAS MECÁNICAS ☐			
TRAUMATISMO / CONTUSIÓN ☐			9 CUELLO ☐			5 EXCAVACIONES ☐			
ESGUINCE ☐			11 ESPALDA ☐			6 MOBILIARIO ☐			
LUXACIÓN ☐			13 HOMBRO DER ☐ IZQ ☐			7 VEHÍCULOS LIVIANOS ☐			
FRACTURA ☐			15 CODO DER ☐ IZQ ☐			8 MEDIOS DE TRANSPORTE ☐			
ATROCCIÓN ☐			17 MUÑECA DER ☐ IZQ ☐			9 MAQUINARIA PESADA ☐			
QUEMADURA ☐			19 DEDOS DE LA MANO DER ☐ IZQ ☐			10 EQUIPOS ELÉCTRICOS ☐			
CUERPO EXTRAÑO ☐			20 CADERA ☐			11 SUSTANCIAS QUÍMICAS ☐			
CONJUNTIVITIS ☐			22 RODILLA DER ☐ IZQ ☐			12 AGRESIONES ☐			
LUMBALGIA ☐			24 TOBILLO DER ☐ IZQ ☐			13 AGENTES INFECCIOSOS ☐			
AMPUTACIÓN ☐			26 DEDOS DEL PIE DER ☐ IZQ ☐			14 MATERIALES DE TRABAJO ☐			
OTRAS ESPECÍFICAS: DESGARRO ☐			27 LADO DE LESIÓN DER ☐ IZQ ☐			16 OTRO ESPECÍFICO ☒			
MUSCULAR ☐			28 ESPECÍFICO ☐			PARTÍCULA DE MADERA (ASERRIN) ☐			
POLICONTUSO ☐									
6. ATENCIÓN			7. DIAGNÓSTICO			7.1. CIE-10		8. REPOSO MÉDICO	
6.1 AMBULATORIA ☐			CONTUSIÓN EN PIERNA DERECHA			S40.0		SI ☐ NO ☐	
6.2 HOSPITALARIA ☐								8.1. CAMBIO DE PUESTO TEMPORAL	
								SI ☐ NO ☐	
9. TIENE EXAMEN MÉDICO?			10. REQUIRIR REFERENCIA A UN CENTRO DE SALUD					8.2. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL	
9.1 PREOCUPACIONAL ☐			SI ☐ NO ☐					SI ☐ NO ☐	
9.2 PERIÓDICO ☐								8.3. PREVISIÓN DE DÍAS N°	
9.1 Tipo de Aptitud APTO			11. NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD			Especialidad Ref: Traumatología		02 días	
12. TRATAMIENTOS RECIBIDOS			13. CLASIFICACIÓN DE ACCIDENTE						
MELOXICAM 15MG/L 5 ML 100 MG IM STAT			TIPO DE SUCESO						
KETOROLAC 10 MG VIA ORAL CADA 12 HORAS X 02 DÍAS			INCIDENTE ☐			GRAVEDAD DEL ACCIDENTE			
			ACCIDENTE COMÚN NO CARACTERIZADO ☐			ACCIDENTE DE TRABAJO ATENCIÓN PRIMARIOS AUXILIOS ☒			
			ACCIDENTE DE TRAYECTO ☐			ACCIDENTE DE TRABAJO SIN BAJA ☐			
			ACCIDENTE DE TRABAJO ☒			ACCIDENTE DE TRABAJO CON BAJA ☐			
			ENFERMEDAD COMÚN ☐			ACCIDENTE DE TRABAJO FATAL ☐			
14. RELATO									
15. FUNCIONES VITALES									
T°:		36.5°C		FC:		70		FR:	
						20		Saturación:	
								98%	
16. DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN									
17. SERVICIO MÉDICO									
12.1. NOMBRE COMPLETO				12.2. FIRMA DNI Y SELLO				12.3. REGISTRO MÉDICO CMPI REGISTRO INFERM. CEP	
REGISTRO FOTOGRÁFICO									

[illegible]

ANEXO 06. INSPECCIÓN DEL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS – EQUIPAMIENTO
BÁSICO PARA LA ESTACIÓN DE EMERGENCIA

CO-PE-1PE327-SS-PL-061 ANEXO 04 INSPECCIÓN DEL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS - EQUIPAMIENTO BÁSICO PARA UNA ESTACIÓN DE EMERGENCIA										 OHLA Perú	
Tipo de Inspección:		INOPINADO ☐ PLANIFICADO ☐				Tipo de Botiquín		BOTIQUÍN FIJO: ☐			
Lugar de inspección:						Fecha:					
INSUMOS											
N°	Descripción	Cantidad	Check list	Observaciones							
	Instructivo de primeros auxilios	1									
1	Guantes quirúrgicos quirurgicos talla 7 1/2 (par)	2									
2	Paquetes de apósitos, 10x10cm, estéril	8									
3	Rollo de esparadrapo 5 cm x 4.5 cm	1									
4	Rollo venda elastica, 2x5 yardas	2									
5	Rollo venda elastica, 5x5 yardas.	2									
6	Rollo venda elastica, 8x5 yardas.	2									
7	Venda triangular, 40" x 40" x 56	1									
8	Paletas baja lengua (para entablado de dedos)	10									
9	Venditas autoadhesivas	20									
10	Frasco de solución de cloruro de sodio al 9/1000 x 1 litro (para lavado de heridas)	1									
11	Paquetes de gasa tipo jelonet (para quemaduras)	20									
12	Tijera punta roma de trauma, 7,5"	1									
13	Torniquete	1									
14	Paquete de gasas esterilizadas de 10 cm x 10 cm	5									
15	Frasco de 70° de alcohol 250 ml	1									
16	Frasco de Yodopovidona 120ml solución antiséptico	1									
17	Frasco de agua oxigenada mediano 120ml	1									
18	Algodón x 100 gr	1									
19	Frascos de colirio de 10 ml	1									
20	Camilla rígida con protector de cabeza - inmovilizador de cabeza	1									
21	Camilla tipo canastilla	1									
22	Collarin regulable	1									
23	Lava ojo portatil	1									
24	Ferula inmovilizadora	1									
25	Frascos de colirio de 10 ml	1									
26	Registro para control de entrada y salida de insumos	1									
26	Resucitador manual	1									
CONDICIÓN DEL BOTIQUÍN											
N°	Ubicación del botiquín	Condición	Clasificación								
			A	B	C	D					
1											
Clasificación de las condiciones subestandar:											
(A) Bueno: Indica que el botiquín está completo						0					
(B) Menor: La acción correctiva deberá ser completada antes de la semana.						1					
(C) Serio : La acción correctiva deberá ser completada antes de 72 horas.						2					
(D) Mayor : La acción correctiva deberá ser tomada de inmediato y antes de las 48 horas.						>3					
LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES											
N°	Acción Correctiva	Responsable	Fecha de cumplimiento	Firma							
1											
2											
Responsable de la inspección		Responsable del botiquín									
Nombre:.....		Nombre:.....									
Firma:.....		Firma :.....									

ANEXO 07. INSPECCIÓN DEL BOTIQUIN DE PRIMERO AUXILIOS VEHÍCULO

		INSPECCIÓN DEL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS - VEHÍCULOS - EQUIPOS		CO-PE-1PE327-SS-PL-062 02/01/2024 V02	
Tipo de Inspección:		INOPINADO ☐	PLANIFICADO ☐	Tipo de Botiquín	
				BOTIQUÍN BASICO: ☐	
Lugar de inspección:			Fecha:		
Equipo/ Vehículo:			Placa/ Código:		
Responsable:			Firma:		
INSUMOS					
N°	Descripción	Cantidad	F.Vcto.	Check List.	Observaciones
1	Guantes quirúrgicos talla 7.5	1			
2	Frasco de alcohol 70° de 120ml	1			
3	Paquete de gasas esterilizadas 10 cm x 10 cm	5			
4	Paquetes de apósitos, 10x10cm	1			
5	Rollo de esparadrapo 2.5 cm x 5 m.	1			
6	Rollo venda elastica, 4x5 yardas.	1			
7	Paquete de algodón x 50 gr.	1			
8	Jabón antiséptico	1			
9	Tijera punta roma de 3 pulgadas	1			
10	Venditas autoadhesivas (curitas)	10			

ANEXO 08: REPORTE ACUMULADO DE ATENCIONES MÉDICAS POR SISTEMAS DURANTE
EL MES

MES	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO		ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO		ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO		ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO		ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS		ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO		ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDE	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Enero																
Febrero																
Marzo																
Abril																
Mayo																
Junio																
Julio																
Agosto																
Setiembre																
Octubre																
Noviembre																
Diciembre																
Total																

ANEXO 09 VIGILANCIA DE ENFERMEDADES COMUNES Y OCUPACIONALES

1. Número de atenciones médica comunes reportadas y días perdidos.

Atenciones médicas comunes	Descripción	2024												Total
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
	Reportadas													
	Días totales de descanso													

2. Número de atenciones médica ocupacionales reportadas y días perdidos.

Atenciones médicas ocupacionales	Descripción	2024												Total
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
	Reportadas													
	Días totales de incapacidad													