



PERÚ Ministerio de Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

FORMATO

INSPECCIONES INTERNAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Código:	DIRIS-SST-F-009
Versión:	1
Fecha:	28/02/2023

DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL :

RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, Distrito, Departamento, Provincia)	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
Dirección de Redes Integradas de Salud	20602251641	Calle Martínez de Pinillos N° 124	Regulación de Activid. Organismos	
LUGAR DE INSPECCIÓN:			INSPECTORES	AREA
SEDE/ EE.SS.:				FIRMA
ÁREA:				
FECHA:	HORA:			
TIPO DE INSPECCIÓN(PLANEADA,NO PLANEADA,OTROS (DETALLAR) :				

No	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN (Acto o Condición Subestándar)	CLASIFICACIÓN			ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	SEDE / EE.SS.	Fecha Estimada de Cumpimiento	Comentarios
		A	B	C					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Clasificación de las Observaciones (Acto/ Condición Subestándar)

- A** Mayor, la acción correctiva/ preventiva deberá ser tomada de inmediato y ser terminada antes de las 24 horas.
- B** Moderado, la acción correctiva/preventiva deberá ser completada antes de las 72 horas.
- C** Menor La acción correctiva/preventiva deberá ser completada antes de dos (02) semanas.