

	REGISTRO DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES	CÓDIGO: 05.2.0.F07
		NÚMERO DE REGISTRO: ____-20__

**DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:**

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
SERVICIO DE MANTENIMIENTO DEL PERÚ S.A.C.	20608861549	AV. EDMUNDO AGUILAR PASTOR SIN, SANTIAGO DE SURCO, LIMA, LIMA	MANTENIMIENTO DE AERONAVES	215
AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO			LÍNEAS DE PRODUCCIÓN Y/O SERVICIOS
	N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA	MANTENIMIENTO MAYOR Y MENOR DE AERONAVES
2022	77	138	LA POSITIVA	

**Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:**

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

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO			LÍNEAS DE PRODUCCIÓN Y/O SERVICIOS
	N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA	

**DATOS REFERENTES A LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL**

TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL 1)	N° ENFERMEDADES OCUPACIONALES PRESENTADAS EN CADA MES POR TIPO DE AGENTE												NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	PARTE DEL CUERPO O SISTEMA DEL TRABAJADOR AFECTADO	N° TRAB. AFECTADOS	ÁREAS	N° DE CAMBIOS DE PUESTOS GENERADOS DE SER EL CASO
	AÑO: 2023																
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D					

**TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES**

FÍSICO		QUÍMICO		BIOLÓGICO		DISERGONÓMICO		PSICOSOCIALES	
Ruido	F1 Gases	Q1 Virus	B1 Manipulación inadecuada de carga	D1 Hostigamiento psicológico	P1				
Vibración	F2 Vapores	Q2 Bacilos	B2 Diseño de puesto inadecuado	D2 Estrés laboral	P2				
Iluminación	F3 Neblinas	Q3 Bacterias	B3 Posturas inadecuadas	D3 Turno rotativo	P3				
Ventilación	F4 Rocío	Q4 Hongos	B4 Trabajos repetitivos	D4 Falta de comunicación y entrenamiento.	P4				
Presión alta o baja	F5 Polvo	Q5 Parásitos	B5 Otros, indicar	D5 Autoritarismo	P5				
Temperatura (Calor o frío)	F6 Humos	Q6 Insectos	B6	Otros, indicar	P6				
Humedad	F7 Líquidos	Q7 Roedores	B7						
Radiación en general	F8 Otros, indicar	Q8 Otros, indicar	B8						
Otros, indicar	F9								

**DETALLE DE LAS CAUSAS QUE GENERAN LAS ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR TIPO DE AGENTE**

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

---



---



---

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

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

**MEDIDAS CORRECTIVAS**

DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN			Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)
		DÍA	MES	AÑO	
1.-					
2.-					

**RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN**

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

