



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

**BOLETÍN
SEGURO N°003**
NOVIEMBRE 2023

BOLETÍN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



ACCIDENTES LABORALES



**UN DÍA SEGURO,
¡SEGURO QUE ES UN
GRAN DÍA!**

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES
HUMANAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES HUMANAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

BOLETÍN SEGURO N°003

NOVIEMBRE 2023



ACCIDENTES LABORALES

DEFINICIONES OPERATIVAS



EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL: Indumentaria personal destinado a cada trabajador para protegerlo de uno o varios riesgos presentes en el trabajo y que puedan amenazar su seguridad y salud.



Se considera accidente de trabajo los siguientes sucesos:

- a) El que sobrevenga al **trabajador durante la ejecución de órdenes** de la Entidad Empleadora o bajo su autoridad, aun cuando se produzca fuera del centro y de las horas de trabajo.
- b) El que se produce antes, durante o después de la jornada laboral o en las interrupciones del trabajo, **cuando el trabajador se hallara por razón de sus obligaciones laborales, en cualquier centro de trabajo de la Entidad Empleadora**, aunque no se trate de un centro de trabajo de riesgo ni se encuentre realizando las actividades propias del riesgo contratado.
- c) El que sobrevenga **por acción de la Entidad Empleadora** o sus representantes o de tercera persona, **durante la ejecución del trabajo**.



LUGAR DE TRABAJO: Todo sitio o área donde los trabajadores permanecen y desarrollan su trabajo o a donde tienen que acudir para desarrollarlo.

PRIMEROS AUXILIOS: Protocolos de atención de emergencia a una persona en el trabajo que ha sufrido un accidente o enfermedad ocupacional.



No constituye accidente de trabajo los siguientes sucesos:

- a) El que se produce **en el trayecto de ida y retorno a centro de trabajo**.
- b) El **provocado intencionalmente por el propio trabajador** o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal.
- c) El que se produzca **como consecuencia del incumplimiento del trabajador de una orden escrita específica** impartida por el empleador.
- d) El que se produzca con ocasión de **actividades recreativas, deportivas o culturales**.
- e) El que sobrevenga **durante los permisos, licencias, vacaciones** o cualquier otra forma de suspensión del contrato de trabajo.
- f) Los que se produzcan como **consecuencia del uso de sustancias alcohólicas estupefacientes** por parte del trabajador.



SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SCTR): Sistema especializado del Seguro Social de Salud que otorga cobertura adicional a los afiliados regulares que laboran en actividades de alto riesgo, brindando prestaciones de salud, pensión de invalidez temporal o permanente, pensión de sobrevivencia y gastos de sepelio, derivados de gastos de sepelio, derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el régimen de pensiones a cargo de la ONP y/o AFP.



ACCIDENTE DE TRABAJO: A todo suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES HUMANAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

BOLETÍN SEGURO N°003 NOVIEMBRE 2023

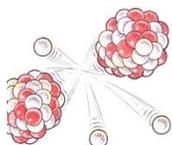


ACCIDENTES LABORALES



No constituye accidente de trabajo los siguientes sucesos:

- g) Los que se produzcan **en caso de guerra civil o internacional, declarada o no**, dentro o fuera del Perú; motín conmoción contra el orden público o terrorismo.
- h) Los que se produzcan **por efecto de terremoto, maremoto**, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza.
- i) Los que se produzcan como consecuencia de **fusión o fisión nuclear por efecto de la combustión de cualquier combustible nuclear**, salvo cobertura especial expresa.
- j) Lesiones **voluntariamente autoinfligidas**, autoeliminación o tentativa.



TIPOS DE ACCIDENTE DE TRABAJO

- a) **Accidente leve:** Suceso cuya lesión, como resultado de la evaluación médica, el accidentado debe volver máximo al día siguiente a sus labores habituales.
- b) **Accidente incapacitante:** Suceso cuya lesión, como resultado de la evaluación médica, da lugar a descanso, ausencia justificada al trabajo y tratamiento.
- c) **Total temporal:** Cuando la lesión genera en el accidentado la imposibilidad de utilizar su organismo; da lugar a tratamiento médico al término del cual estará en capacidad de volver a las labores habituales plenamente recuperado.
- d) **Parcial temporal:** Cuando la lesión genera la imposibilidad parcial de un miembro u órgano o de las funciones del mismo y da lugar a tratamiento médico al término del cual estará en capacidad de volver a las labores habituales plenamente recuperado.
- e) **Parcial permanente:** Cuando la lesión genera la pérdida anatómica o funcional total de un miembro u órgano de las funciones del mismo.
- f) **Total permanente:** Cuando la lesión genera la pérdida anatómica o funcional total de un miembro u órgano o de las funciones del mismo; se considera a partir de la pérdida del dedo meñique.
- g) **Accidente mortal:** Donde la lesión genera la muerte del trabajador.



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

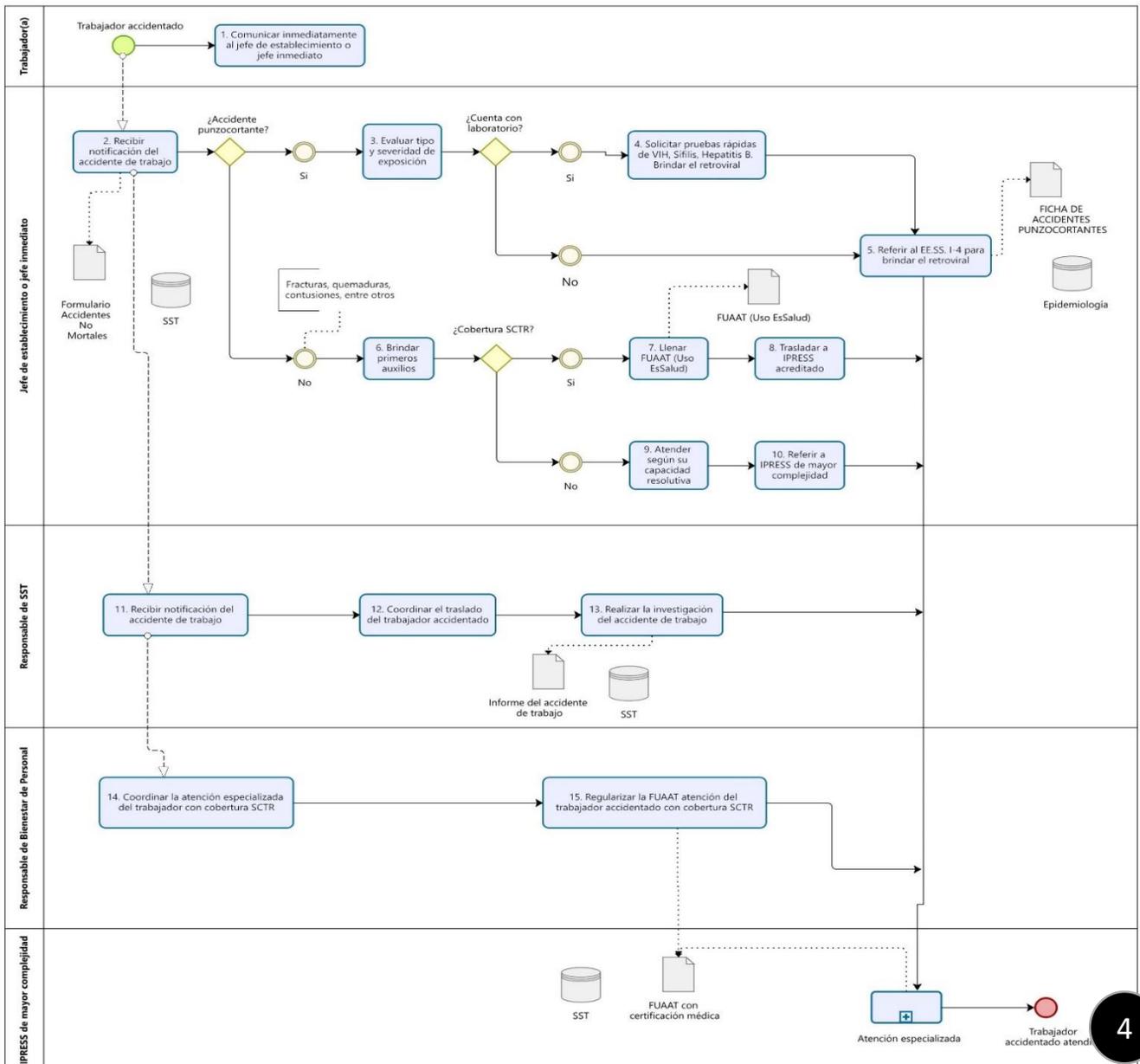
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES HUMANAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

BOLETÍN SEGURO N°003

NOVIEMBRE 2023



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES LABORALES





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES HUMANAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



BOLETÍN SEGURO N°002 NOVIEMBRE 2023



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES LABORALES

1 Trabajador accidentado



Comunicar inmediatamente al jefe inmediato o al jefe del establecimiento.

2 Jefe de establecimiento o jefe inmediato



Recibir la notificación del accidente de trabajo. El médico de turno debe llenar la **Ficha de Accidentes de Trabajo No Mortal**.

3 Si es un Accidente punzocortante



Evaluar el tipo y severidad de exposición. Realizar la **Ficha de notificación de accidentes punzocortantes**.

4 Si cuenta con laboratorio



Solicitar pruebas rápidas de VIH, Sífilis y Hepatitis B. Brindar el tratamiento retroviral.



5 Si no cuenta con laboratorio

Referir al EESS I-4 para tamizaje y tratamiento retroviral. Quedarse con una copia de la Ficha de notificación de accidente punzocortante.



El accidentado (a) deberá llevar al EESS I-4:

- DNI y copia.
- Ficha de notificación de accidente punzocortante original.

Nota 1: El Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá notificar inmediatamente el accidente laboral al Área de Seguridad y Salud en el Trabajo de la sede administrativa. Posteriormente el EESS deberá enviar el reporte del accidente de trabajo al área de seguridad y salud en el trabajo por mesa de partes y al correo: sst.rrhh@dirislimanorte.gob.pe. Adjuntando las dos fichas de notificación de accidente de trabajo.

Nota 2: El Responsable de Epidemiología deberá enviar la ficha de notificación de accidente punzocortante a la Oficina de Epidemiología de la sede administrativa al correo: epi.diris.ln@gmail.com.



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES HUMANAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



BOLETÍN SEGURO N°002 NOVIEMBRE 2023



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES LABORALES

6 Si el accidente involucra fracturas, quemaduras, contusiones, entre otros.



Reportar inmediatamente el accidente.
El EESS brinda los primeros auxilios.



Jefe de establecimiento o jefe inmediato

Recibir la notificación del accidente de trabajo.
El médico de turno debe llenar la **Ficha de Accidentes de Trabajo No Mortal**.



7 Si cuenta con SCTR (Personal Nombrado y CAS)



Trasladar a IPRESS acreditado. El accidentado debe ser acompañado por un responsable designado del jefe inmediato.

El accidentado deberá acudir a EsSalud el mismo día ocurrido el accidente laboral.



8



Si en caso el médico de la IPRESS otorgue descanso médico al accidentado, se deberá solicitar el **Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo**. Este deberá estar firmado por el médico de la IPRESS.

Fecha de Emisión		Fecha de Vigencia		Fecha de Caducidad	
DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
Nombre del Paciente	Apellido	Nombre del Médico	Apellido	Nombre del Establecimiento	Apellido
Diagnóstico Principal	Diagnóstico Secundario	Fecha que Pasa	Fecha que Retorna	Nombre del Paciente	Apellido
Gravidad	Alta	Referencia IPRESS de Origen	Hospitalización	Consulta Externa	Referencia a otro establecimiento
Medicamentos	Aplicados	Aplicados	Medicamentos	Medicamentos	Medicamentos
OBSERVACIONES					
Firma y Sello del Médico Titular					

Después de la atención al accidentado, el EESS deberá enviar el **Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo** a la sede administrativa junto con la **Ficha de Accidente de Trabajo No Mortal**.

Motivo: Validar el SCTR de la persona que sufrió el accidente.

Plazo: **Máximo 72 horas** ocurrido el accidente.

V.- DECLARACIÓN JURADA: Declaro bajo juramento que la información consignada en la presente es exacta y verdadera		
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL ACOMPAÑANTE	FIRMA Y SELLO DE ESSALUD
Firma y Sello del Empleador N° Documento Identidad	Firma del Trabajador / Acompañante N° Documento Identidad	USO DE ESSALUD - REFRENDO Firma y Sello del Médico Titular

Debe estar firmado por la persona del EESS que acompañó al accidentado.



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES HUMANAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



BOLETÍN SEGURO N°002 NOVIEMBRE 2023



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES LABORALES

9 Si no cuenta con SCTR

Atender según su capacidad resolutive.
El EESS brinda los primeros auxilios.

10 Referir a IPRESS de mayor complejidad



Después de la atención al accidentado, el EESS deberá enviar la **Ficha de Accidente de Trabajo No Mortal** a la sede administrativa.

11 Responsable de SST (Sede administrativa)

Recibir la notificación del accidente de trabajo.
El médico jefe y/o el Responsable de SST del EESS deberá notificar el accidente de trabajo inmediatamente.



12 Coordinar el traslado del trabajador accidentado.



13 Realizar la investigación del accidente de trabajo.

Investigar las causas del accidente de trabajo.
Realizar recomendaciones para medidas correctivas.



14 Responsable de Bienestar de Personal (Sede administrativa)

Coordinar la atención especializada del trabajador con cobertura SCTR.



Regularizar la FUAAT atención del trabajador accidentado con cobertura SCTR.

Trabajador accidentado atendido.





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES HUMANAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

BOLETÍN SEGURO N°003

NOVIEMBRE 2023



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE NO MORTAL

V. DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA

39. TIPO DE DOCUMENTO (TABLA N° 3) 40. NÚMERO DE DOCUMENTO 41. NACIONALIDAD (solo para personas extranjeras)

42. NOMBRES 43. APELLIDO PATERNO 44. APELLIDO MATERNO

45. SEXO (TABLA N° 5) 46. EDAD 47. ESTADO CIVIL (TABLA N° 6)

48. DOMICILIO

49. DEPARTAMENTO 50. PROVINCIA 51. DISTRITO

52. TIPO DE CONTRATO (TABLA N° 9) 53. CATEGORÍA OCUPACIONAL (TABLA N° 8) 54. GRADO DE INSTRUCCIÓN (TABLA N° 7)

55. ÁREA DE TRABAJO 56. PUESTO DE TRABAJO 57. ANTIQUEDAD EN EL PUESTO AÑOS MESES DÍAS

58. TURNO QUE DESARROLLABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE (TABLA N° 4) 59. HORAS TRABAJADAS ANTES DEL ACCIDENTE (desde el inicio de su jornada) 60. N° TELÉFONO (FUJO CON CÓD. PROV.)

VI. ASEGURAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA

61. SEGURO DE SALUD (TABLA N° 10) 61.1 NOMBRE DE LA EPS (TABLA N° 11)

62. ¿CUENTA CON SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SCTR)? SI NO solo si responde sí, consignar: 62.1 SCTR SALUD (TABLA N° 12) 62.2 SCTR PENSIÓN (TABLA N° 12)

63. TIPO DE CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL QUE PRESTA LA ATENCIÓN (TABLA N° 16)

VII. DIAGNÓSTICO MÉDICO

64. RUC DEL CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL 65. RAZÓN SOCIAL DEL CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL

66. ACCIDENTE LEVE 67. ACCIDENTE INCAPACITANTE 67.1 TOTAL TEMPORAL 67.2 PARCIAL TEMPORAL 67.3 PARCIAL PERMANENTE 67.4 TOTAL PERMANENTE

68. DÍAS DE DESCANSO MÉDICO DÍAS 69. COMO CONSECUENCIA ACCIDENTE MORTAL 70. FECHA DE FALLECIMIENTO DÍA MES AÑO

71. PARTE DEL CUERPO AFECTADO (TABLA N° 17) 72. NATURALEZA DE LA LESIÓN (TABLA N° 18)

73. DIAGNÓSTICO MÉDICO

74. N° DE COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE 75. NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO TRATANTE

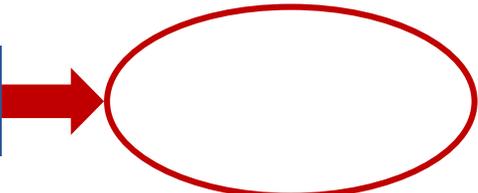
FIN DEL FORMULARIO

Datos de la persona accidentada

Aseguramiento y atención médica

Diagnóstico médico (Del médico del EESS, quien brindó los primeros auxilios).

Firma y sello del médico.





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES HUMANAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



BOLETÍN SEGURO N°003

NOVIEMBRE 2023



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES

FICHA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES

A. INFORMACION GENERAL (Para accidente punzocortante):

A.1 Nombre del accidentado:

A.2 Sexo: [1] Masculino [2] Femenino A.3 Edad: [] años DNI:.....
 A.3 Ocupación: N° cel:.....
 [1] Médico [2] Enfermera [3] Obstetrix
 [4] Téc. Enfermería [5] Odontólogo [6] Interno.....
 [7] Otros especifique:.....
 A.5 Tiempo que se encuentra trabajando asistencialmente en salud [...años, meses]
 A.6 Fecha de Accidente:/...../20..... Fecha de Notificación:/...../20.....
 A.7 Su turno laboral del día en el que se produjo el accidente fue de:
 [1] 6-8 Horas o turno regular [2] Guardia de 12 horas [3] Guardia de 24 horas
 A.8 En qué momento de su turno se produjo el accidente
 [1] Al inicio [2] En el intermedio [3] Al finalizar
 A.9 Hora aproximada en la que se produjo el accidente: [..... Horas]
 A.10 Servicio donde se produjo el accidente:
 [1] Emergencia [2] Tópico de cirugía [3] Hospitalización
 [4] Consultorios externos [5] Sala de partos [6] Laboratorio
 [7] Otros:.....

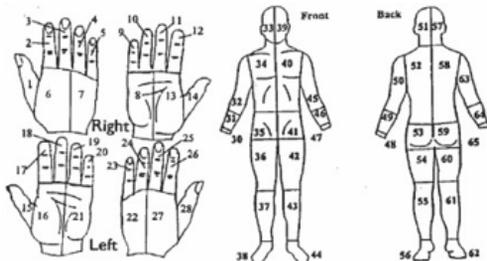
Considerar UNA PREGUNTA PARA LAS PATOLOGIAS

A.13 Estado de paciente con respecto a VIH
 [0] No se sabe [1] Es VIH (+) [2] Es VIH (-) Fecha:/...../20.....
 A.14 ¿Estado del paciente con respecto a hepatitis B o C?
 [0] No se sabe [1] Es + [2] Es - Fecha:/...../20.....
 A.15 ¿Estaba usted vacunando contra la hepatitis B?
 [0] No [1] SI ¿Cuantas dosis? :

B.- EN CASO DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES:

B.1 Con que instrumento se accidentó:
 [1] Aguja hipodérmica [2] Aguja de sutura [3] Bisturí [4] Lanceta
 [5] Otros (especifique):.....
 Haciendo que procedimientos:
 () Punción Arterial () Punción Venosa () Inyección IM o SC
 () Manipulación de un línea IV () Manipulación de muestra, ej. Llenado de tubo para laboratorio () Sutura () Otros
 (Especificar):.....

B.2 En que parte del cuerpo fue el accidente
 [1] mano [2] otros Especifique según la figura:



B.3 Cuan profunda fue la punción:

[1] Muy superficial (un milímetro o meno s, sin sangrado)
 [2] Intermedia (2 a 5 milímetros, escaso sangrado)
 [3] Profunda (5 o más milímetros, sangrado profuso) Objeto visiblemente contaminado:
 [0] NO [1] SI [2] No está seguro
 B.4 ¿Usaba guantes en el momento del accidente?
 [0] NO [1] SI Si es NO, cual es el motivo:

C.- FUENTE DE LA EXPOSICION:

C.1: Desconocido: No () Si () Obviar la C2 y C3
 C.2: Nombre de paciente fuente:

D.- EVALUACION DE EXPOSICION

D.1: Tipo de la Exposición
 Piel "no intacta" () Piel Intacta () Percutánea ()
 D.2: Severidad de la Exposición
 Menos Severa: Lesión por aguja solida () Raspón superficial ()
 Más Severa: Lesión profunda () Aguja de grueso calibre ()
 Aguja utilizada en la canalización de arteria o vena de paciente de VIH/SIDA ()
 Sangre visible en el instrumental médico quirúrgico (aguja, hojas de bisturí, etc.) ()

Derivación a:

Reseña del accidente:

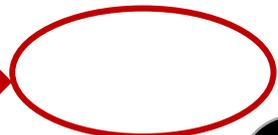
 DNI:

Notificado por:

Fecha:

Descargue la Ficha aquí: <https://cutt.ly/BJaq3lj>

Firma y sello del médico del EESS.





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES HUMANAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

BOLETÍN SEGURO N°003

NOVIEMBRE 2023



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE NO MORTAL - ESSALUD

EsSalud		FORMULARIO DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO (versión: 01)		Código Único Accidente Trabajo: USO DE ESSALUD	
I.- INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO					
Marque el Seguro SCTR Salud al que está afiliado:					
<input type="checkbox"/> SCTR ESSALUD		<input type="checkbox"/> SCTR EPS		<input type="checkbox"/> SIN SCTR SALUD	
Nombre o Razón Social EPS:		Llenar en caso trabajador sea afiliado al SCTR - EPS			
Tipo Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula de Refugiado		Número Documento Identidad		Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA	
Apellidos y Nombres:		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Teléfonos:		Prof. Ciudad		N° Teléfono Fijo / Celular	
Cargo o Puesto de Trabajo		Antigüedad en el Puesto		Horario Habitual de Trabajo	
Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
II.- DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA PRINCIPAL					
Nombre o Razón Social:		Actividad Económica:			
RUC Empleador:		Teléfono: Prof. Ciudad		N° Teléfono Fijo / Celular	
Email:					
III.- DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (Llenar solo en caso el accidente ocurrió en la empresa donde fue desfilado)					
Nombre o Razón Social:		Actividad Económica:			
RUC Empleador:		Teléfono: Prof. Ciudad		N° Teléfono Fijo / Celular	
Email:					
IV.- INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE					
Fecha de Accidente: DD/MM/AAAA		Hora de Accidente: HH:MM / 24 Horas		Tipo de Accidente: (Ver Tabla 3)	
Dirección del Lugar donde ocurrió el accidente:		Nombre vici (especificar calle, Jrón, avenida)		Departamento Provincia Distrito	
Supervisor o jefe a quien se comunicó el accidente:		Apellidos y Nombres:		Cargo:	
Describe cómo ocurrió el accidente:		Área de trabajo donde ocurrió el Accidente:			
V.- DECLARACIÓN JURADA (Llenar bajo juramento que la información contenida en la presente es exacta y verdadera)					
Firma del trabajador o acompañante solo en caso que el empleador no comunique el accidente a la EPS					
Firma y Sello del Empleador		Firma del Trabajador / Acompañante		Firma y Sello Área/Unidad ADMISIÓN	
VI.- CERTIFICACIÓN MÉDICA					
Fecha de Atención: DD/MM/AAAA		Hora de Atención: HH:MM / 24 Horas		Nombre (PRESO):	
Parte del Cuerpo Lesionado:		Naturaleza de la Lesión:		Otros Partes Lesionadas:	
Diagnóstico Principal:		Diagnóstico:		Fecha que Paciente: DD/MM/AAAA	
Otro Diagnóstico:					
Origen del Paciente: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Referencia (PRESO de Origen) <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Referencia (PRESO mejor nivel) <input type="checkbox"/> Sala de Observación					
Médico Tratista:		Apellido Paterno		Apellido Materno	
OBSERVACIONES:					
		Firma y Sello del Médico Tratista			

FIRMA DEL EMPLEADOR - DIRIS LN

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE EESS

LLENA EL MÉDICO DE ESSALUD

Descargue el Formulario aquí:

http://www.essalud.gob.pe/downloads/AVISO_DE_ACCIDENTE_DE_TRABAJO.pdf



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

BOLETÍN
SEGURO N°003
NOVIEMBRE 2023

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RELACIONES HUMANAS,
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
Oficina de Recursos Humanos
Unidad Funcional de Gestión de Relaciones Humanas,
Seguridad y Salud en el Trabajo
Área de Seguridad y Salud en el Trabajo

Visítanos en: <https://www.gob.pe/dirislimanorte>
Escríbenos a: sst.rrhh@dirislimanorte.gob.pe