

ANEXO 1

Profesional de Salud del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo por tamaño de empresa

Responsable de Seguridad y Salud de los Trabajadores	Centros de trabajo TIPO 1 (no incluidos en DS 003-98 SA)	Centros de trabajo TIPO 2 (incluidos en DS 003-98 SA)	Centros de trabajo TIPO 3	Centros de trabajo TIPO 4	Centros de trabajo TIPO 5
	hasta 20 trabajadores	hasta 20 trabajadores	21 a 100 trabajadores	101-500 trabajadores	más de 500 trabajadores
Empleador	X (*)	X	X	X	X
Enfermera (**)		X	X	X	X
Médico (***)				X	X

Para caso de los Centros de Trabajo Tipo 3, Tipo 4 y Tipo 5, se considera todas las actividades económicas incluidas o no incluidas en el DS 003-98 SA.

- (*) En caso de empresa hasta 20 trabajadores de actividades no consideradas en el DS 003-98 SA, el empleador podrá solicitar la consultoría a un profesional con especialidad en salud ocupacional o Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo (CEPRIT) de EsSalud.
- (**) El profesional de enfermería deberá contar con entrenamiento en salud ocupacional o afines; su jornada laboral tendrá una duración máxima de 36 horas semanales o su equivalente de 150 horas mensuales, incluyendo la jornada de guardia diurna y nocturna; por cada mil trabajadores deberá contar con un profesional adicional.
- (***) El cargo de Médico ocupacional en el centro de trabajo para Centros de Trabajo Tipo 5 deberá ser cubierto por médico Especialista en medicina ocupacional o medicina del trabajo, Magister o egresado de maestría en salud ocupacional, medicina ocupacional o seguridad y salud en el trabajo; en caso de Centros de Trabajo Tipo 4 el médico deberá contar con diplomado universitario en salud ocupacional; La jornada laboral del médico en centros de trabajo hasta 500 trabajadores tendrá una duración máxima de 18 horas semanales, en caso de centros de trabajo con más de 500 trabajadores la jornada laboral tendrá una duración máxima de treinta y seis horas semanales, incluyendo la jornada de guardia diurna y nocturna; por cada mil trabajadores deberá contar con un profesional adicional..



N. HUAMANI

ANEXO 2

**Ficha de sintomatología COVID-19
Para Regreso al Trabajo
Declaración Jurada**

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

Empresa o Entidad Pública:

RUC:

Apellidos y nombres

Área de trabajo

DNI

Dirección

Número (celular)

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

1. Sensación de alza térmica o fiebre
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19
5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):

SI

NO

	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre		
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa		
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		
5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):		

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Fecha: / /

Firma



ANEXO 3

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PUESTOS DE TRABAJO CON RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID-19, SEGÚN NIVEL DE RIESGO



Nivel de riesgo de puesto de trabajo	Equipos de Protección Personal (*)						
	Mascarilla quirúrgica	Respirador N95 quirúrgico	Careta facial	Gafas de protección	Guantes para protección biológica	Traje para protección biológica	Bota para protección biológica
							
Riesgo Muy Alto de Exposición		O	O	O	O	O	O
Riesgo Alto de Exposición		O		O	O	O (*)	
Riesgo Mediano de Exposición	O						
Riesgo bajo de exposición (de precaución)	O						

O – Obligatorio O (*) Uso de delantal o bata

** Esta relación de equipos de protección personal es lo mínimo obligatorio para el puesto de trabajo; además, el servicio de seguridad y salud en el trabajo deberá realizar una evaluación de riesgos para determinar si se requieren otros equipos de protección personal adicionales. Asimismo, las mascarillas, los respiradores N95 quirúrgicos, los guantes y trajes para protección biológica, deberán cumplir normativas asociadas a protección biológica, y la certificación correspondiente.

Anexo 4:

Estructura del “Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo”.

I. DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD PÚBLICA (Razón Social, RUC, Dirección, Región, Provincia, Distrito)

II. DATOS DE LUGAR TRABAJO (en caso de tener diferentes sedes)

III. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES (Nómina de Profesionales)

IV. INTRODUCCIÓN

V. OBJETIVOS

VI. NÓMINA DE TRABAJADORES POR RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID-19

VII. PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS DE PREVENCIÓN DEL COVID-19

1. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS CENTROS DE TRABAJO (insumos, frecuencia de realización)
2. IDENTIFICACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PREVIO AL INGRESO AL CENTRO DE TRABAJO (personal, metodología, registro)
3. LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS OBLIGATORIO (número de lavabos, alcohol gel, esquema de monitoreo)
4. SENSIBILIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO EN EL CENTRO DE TRABAJO (material a utilizar)
5. MEDIDAS PREVENTIVAS COLECTIVAS
6. MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL
7. VIGILANCIA PERMANENTE DE COMORBILIDADES RELACIONADAS AL TRABAJO EN EL CONTEXTO COVID-19

VIII. PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS PARA EL REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

1. PROCESO PARA EL REGRESO AL TRABAJO
2. PROCESO PARA LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO
3. REVISIÓN Y REFORZAMIENTO A TRABAJADORES EN PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO CON RIESGO CRÍTICO EN PUESTOS DE TRABAJO (de corresponder)
4. PROCESO PARA EL REGRESO O REINCORPORACIÓN AL TRABAJO DE TRABAJADORES CON FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19

IX. RESPONSABILIDADES DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN

X. PRESUPUESTO Y PROCESO DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN

XI. DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

