



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS Y SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Resolución Directoral

Chorrillos, 23 de Junio del 2016

Visto el Expediente 16-INR-004102-001 Aprobación de Formatos de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Oficina de Epidemiología del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón, respectivamente;

CONSIDERANDO:

Que con Resolución Directoral N° 276-2014-SA-DG-INR, se conformo la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales CRAFI; para realizar la labor de revisión de los formatos que se utilizan en las diferentes unidades orgánicas, la adecuación a los formatos establecidos por norma, así mismo establecer los Formatos, debidamente codificados para oficializar su uso en la entidad, a través de Resolución Directoral;

Que, con documentos del Visto, el Presidente de la Comisión de Revisión de y Adecuación de Formatos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón, comunica que la citada comisión, ha procedido a revisar y evaluar el proyecto del documento denominado; "**Formato de Registro de Incidentes Peligrosos e Incidentes**", propuesto por la Oficina de Epidemiología; cuyo propósito es mejorar las actividades de seguridad y salud en el trabajo;

Que, el citado documento, ha sido revisado por la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales-CRAFI y con la opinión de la Oficina de Epidemiología, da su conformidad, solicitando su aprobación con la resolución correspondiente; para lo cual le asigna el Código AD. N° 012;

Que, en tal sentido, resulta por conveniente emitir el acto resolutorio, oficializando el "**Formato de Registro de Incidentes Peligrosos e Incidentes**", para su aplicación en el ámbito del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón;

De conformidad con la Ley General de Salud Ley N° 26842 y su modificatoria la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (Art. 15° numeral 15.4), Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación;

Estando a lo propuesto;

Con la visación del Director Adjunto de la Dirección General, del Jefe de la Oficina de Epidemiología, del Presidente de la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el "**Formato de Registro de Incidentes Peligrosos e Incidentes**", con Código AD. N° 012, que forma parte integrante de la presente resolución y oficializar su uso en el ámbito del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón.

Artículo 2°.- Notificar la presente resolución a la Oficina de Estadística e Informática; para su aplicación en el ámbito correspondiente.

Regístrese y Comuníquese,



MCRR/RAR/rg.
OEI

MC Nolasco Carrasco Quiroz Román
Directora General
CNP N° 30754 RUC N° 17245
Ministerio de Salud
Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
Amistad Perú - Japón



N° REGISTRO:		FORMATO DE REGISTRO DE INCIDENTES PELIGROSOS E INCIDENTES					
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
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
DATOS DEL TRABAJADOR (A): Completar sólo en caso que el incidente afecte a trabajador(es).							
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR :						N° DNI/CE	EDAD
ÁREA	PUESTO DE TRABAJO	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO	SEXO F/M	TURNO D/T/N	TIPO DE CONTRATO	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO	N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del suceso)
INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE							
MARCAR CON (X) SI ES INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE							
INCIDENTE PELIGROSO				INCIDENTE			
N° TRABAJADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS				DETALLAR TIPO DE ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS (DE SER EL CASO)			
N° POBLADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS							
FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE				FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN		LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO	
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES		
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE							

Alvarez



