

CONDICIONES TECNICAS
SERVICIO DE EXAMEN MEDICO PERIODICO 2024 PARA TRABAJADORES
DE REFINERÍA TALARA - LOTES Y OLEODUCTO – ÍTEM 3

JRHT-2411-2024

I. GENERALIDADES

1.1. OBJETO DEL SERVICIO

PETRÓLEOS DEL PERÚ – PETROPERÚ S.A, en adelante PETROPERÚ, requiere contratar el “Servicio de Examen Médico Ocupacional Periódico 2024 para trabajadores de Refinería Talara Lotes y Oleoducto - Ítem 3”.

1.2. ÍTEM(S):

El Contratista prestará el Servicio de Examen Médico Ocupacional Periódico 2024, para los trabajadores de PETROPERÚ, según los protocolos médicos ocupacionales establecidos, de las sedes que se indican a continuación:

ITEM	LUGAR DEL EXAMEN	SEDE	SEXO	Nº	Total
Ítem 3	Lima	Oleoducto	Masculino	82	90
			Femenino	8	

1.3. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

☐ Suma alzada
☒ Precios unitarios
☐ Costos reembolsables
☐ Mixto

1.4. MONTO ESTIMADO REFERENCIAL

El monto del requerimiento es RESERVADO en soles. Debe incluir todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y de ser el caso los costos laborales respectivos conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda incidir sobre el valor del servicio.

1.5. TIPO DE ACTIVIDAD

☐ Intermediación laboral
☐ Tercerización
☐ Consultoría / Asesoría
☒ Servicio General

1.6. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ÁREA Vs. ACTIVIDAD.

☐ Bajo
☐ Medio
☐ Alto
☒ No Aplica

No aplica, el procedimiento PROO1-390 para el presente servicio.

1.7. SUBCONTRATACIÓN

_____ SI

_____ X NO

1.8. ADMINISTRACIÓN Y CONFORMIDAD

- La administración estará a cargo de la Jefatura Recursos Humanos Oleoducto.
- La supervisión estará a cargo del Supervisor Salud Ocupacional OLE.
- La conformidad será aprobada por el Jefe Recursos Humanos Oleoducto para el ítem 3.
- El plazo para la conformidad de la prestación será de diez (10) días calendario. Este plazo no está comprendido dentro del plazo de ejecución del servicio/obra.

1.9. CAUSALES DE RESOLUCION

El Contrato podrá ser resuelto de conformidad con lo indicado en el Artículo 76 del Reglamento de Contrataciones de PETROPERÚ

- a) El contrato podrá resolverse por terminación anticipada.
 - i. Por mutuo disenso.
 - ii. Por caso fortuito o fuerza mayor.
- b) PETROPERÚ podrá resolver el contrato sin expresión de causa cuando:
 - i. El CONTRATISTA incumpla obligaciones contractuales, legales o reglamentarias a su cargo, pese a haber sido requerido para corregir tal situación; o
 - ii. El CONTRATISTA haya acumulado el monto máximo de las penalidades establecidas en las Condiciones Técnicas; o
 - iii. Se verifique la presentación de información falsa y/o inexacta durante la ejecución contractual

Se realiza la siguiente precisión:

- *PETROPERÚ reconocerá al contratista por lo realmente ejecutado.*
- *La aprobación de la resolución de contrato deberá efectuarse según lo establecido en el Cuadro de Niveles de Aprobación de Contrataciones vigente.*
- *La resolución del contrato por incumplimiento del contratista será registrada en la Base de Datos de Proveedores Calificados (BDPC) de PETROPERU.*

1.10 VISITA TÉCNICA OPCIONAL DURANTE EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

La visita técnica será realizada por:

Num.	Nombre del Médico	Teléfono	Correo
01	Jaime Takayama Sandoval	969280088	jtakayama@petroperu.com.pe

La cual puede realizarse con el acompañamiento de otros interesados de PETROPERÚ y será antes de la presentación de consultas, para permitir a las empresas absolver sus dudas en la etapa que corresponde.

II. REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS

2.1 Postor:

- Ítem 3: Acredita experiencia con un monto mínimo acumulado facturado de S/100,000.00 en contratos de Servicios de Exámenes Médicos Ocupacionales en los últimos cinco (05) años.

Acreditación:

- Copia de los contratos suscritos y la respectiva conformidad de culminación de la prestación de cada uno de los Servicios/Obras, donde se especifique claramente el periodo de ejecución y el monto ejecutado; en caso algún contrato culminado que no cuente con la respectiva conformidad de culminación, no se considerará válido. (usar el Apéndice N° 02).
 - Copia simple de facturas y/u otros comprobantes de pago debidamente cancelados. La cancelación de los montos consignados en los comprobantes de pago (Facturas), se acreditará documental y fehacientemente, para lo cual bastará con adjuntar voucher de depósito o reporte de estados de cuenta donde pueda verificarse el pago efectuado, o que la cancelación por parte de la entidad bancaria o de la institución a cargo del cumplimiento de dicha prestación conste en el mismo comprobante. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes.
 - La experiencia se contabilizará desde la fecha de presentación de propuestas, hacia atrás.
- Constancias de inscripción en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) y estar acreditado por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) para realizar evaluaciones médico-ocupacionales o por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA).

Acreditación:

- Copia de la inscripción en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS).
- Copia de la resolución emitida por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) para realizar evaluaciones médico-ocupacionales vigente.
- Copia de la resolución emitida por la Dirección Regional de Salud (DIRESA) como Servicio de Salud Ocupacional vigente.

Es responsabilidad del postor distinguir adecuada y detalladamente el alcance (características esenciales) del Contrato y/o comprobantes de pago presentados para la evaluación, para ello, de ser necesario debe adjuntar a su Contrato y/o comprobantes de pagos presentados, las condiciones técnicas, condiciones específicas, valorización, u otro documento que detalle las prestaciones desarrolladas. Asimismo, en caso EL POSTOR requiera acreditar contratos que incluyan otros servicios y que no se pueda diferenciar en el mismo, EL POSTOR deberá presentar el presupuesto y/o desagregado que muestre el detalle indicado para cada prestación. De no ser así, dicho contrato no será tomado en cuenta durante la evaluación de las propuestas.

2.2 Personal:

Dos (02) Médico Cirujano, con especialidad en Medicina Ocupacional o Salud Ocupacional:

- Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente y/o Medicina del Trabajo (*); o egresado de la Maestría en Salud Ocupacional y/o Salud Ocupacional y Ambiental y/o Medicina Ocupacional y Medio Ambiente (**).

Acreditación: Copia simple del título profesional y copia simple del certificado del Registro Nacional de Especialidad (de la segunda especialidad) o copia de la Constancia de Egresad

- de la Maestría.
- Curso de Pruebas Funcionales para los Exámenes en Salud Ocupacional.
Acreditación: Copia simple de la constancia o certificado de haber concluido el curso.
 - Tener experiencia profesional mínima de un (01) año en Salud Ocupacional y/o Evaluaciones Médico-Ocupacionales, en caso de personal propuesto con título de segunda especialidad (*). En caso personal propuesto egresado de Maestría (**), deberá contar con tres (03) años de experiencia mínima en Salud Ocupacional y/o Evaluaciones Médico-Ocupacionales. En ambos casos, la experiencia mínima debe haberse desarrollado en establecimientos de salud públicos y/o privados; o en una empresa y/o entidad productiva de servicios, pública y/o privada. La experiencia se contabilizará a partir de la obtención del Registro Nacional como especialista (RNE) (*) o la fecha de emisión de la constancia de egresado de la Maestría (**) según sea el caso.
Acreditación: Copia de constancias y/o certificados de trabajo, emitidos por las entidades a las que se prestó el servicio; o, Copia simple de recibos por honorarios, contratos y su respectiva acta de liquidación u otro tipo de documento donde se evidencie claramente el periodo de experiencia ejecutada.

Un (01) Psicólogo:

- Ser licenciado(a) en Psicología con título profesional a nombre de la Nación.
Acreditación: Copia simple del título profesional y Copia simple de colegiatura.
- Diplomado o un (1) Curso en Salud Ocupacional, Psicología Laboral u Ocupacional u Organizacional.
Acreditación: Copia simple del diploma o certificado del curso(s).
- Tener experiencia profesional mínima de tres (03) años en evaluaciones ocupacionales. La experiencia se contabilizará a partir de la obtención de la colegiatura en el caso que haya sido adquirida en el Perú. De haberse adquirido en el extranjero, se contabilizará a partir de la fecha en la cual se encontraba habilitado para el ejercicio profesional según la normatividad aplicable en el territorio donde se obtuvo.
Acreditación: Copia simple de constancias y/o certificados de trabajo, emitidos por las entidades a las que se prestó el servicio; y/o, Copia simple de recibo de honorarios, contratos y su respectiva acta de liquidación u otro documento donde se evidencia claramente el periodo de experiencia ejecutada. Adicionalmente, si la experiencia se obtuvo en el extranjero, la constancia o documento emitido por autoridad o institución competente que habilitó al personal para el ejercicio profesional.

Profesionales Médicos colegiados:

- Un (01) Oftalmólogo
- Un (01) Otorrinolaringólogo
- Un (01) Neumólogo
- Un (01) Urólogo
- Un (01) Ginecólogo
- Un (01) Cardiólogo, y
- Un (01) Radiólogo

Para cada profesional médico se deberán presentar los siguientes documentos:

- Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Oftalmología, Otorrinolaringología, Neumología, Cardiología, Urología, Ginecología o Radiología (según especialidad).
Acreditación: Copia simple del título profesional y copia simple del certificado del registro Nacional de Especialidad (de la segunda especialidad).
- Tener experiencia profesional mínima de dos (02) años en su especialidad. La experiencia se contabilizará a partir de la obtención del Registro Nacional como especialista, en entidades públicas y/o privadas de salud.
Acreditación: Copia de constancias y/o certificados de trabajo, emitidos por las entidades a las que se prestó el servicio; y/o, Copia simple de recibos por honorarios, contratos y su respectiva acta de liquidación u otro tipo de documento donde se evidencie claramente el

- periodo de experiencia ejecutada.
- Para el caso del Otorrinolaringólogo: Curso de Lectura e Interpretación de Audiometrías.
Acreditación: Copia simple de constancia y/o certificado de Curso de Audiometría Basic Training o Audiometría CAOHC o Medical Supervisor CAOHC; además, de copia simple de constancias y/o certificados de haber llevado Curso de Interpretación de Audiometría.
- Para el caso del Neumólogo: Curso de Lectura de Radiografías de Tórax criterio OIT
Acreditación: Copia simple de certificado de Curso de Entrenamiento de Lectura de placas de Tórax con criterio OIT para el diagnóstico de Neumoconiosis.
- Para el caso del Urólogo: Curso de diagnóstico urológico.
Acreditación: Copia simple de certificado de Curso en diagnóstico urológico por tacto rectal.

Otros profesionales:

- Dos (02) Licenciados en Enfermería.
- Un (01) Técnico en Laboratorio
- Un (01) Técnico en Radiología
- Dos (02) Técnicos en Enfermería.

Para el Licenciado(a) en Enfermería se deberá presentar:

- Ser colegiado y con certificación para toma de audiometrías, electrocardiogramas, y espirometrías acuerdo a las actividades profesionales
Acreditación: Copia simple de título y habilidad profesional; además de copia simple de certificados de cursos de entrenamiento en audiometría, espirometría, electrocardiogramas y pruebas de esfuerzo.

Para los Técnicos en laboratorio, radiología y enfermería deberán presentar los siguientes documentos:

- Ser profesional técnico en salud en Laboratorio Clínico, Radiología o Enfermería (según sea el caso).
Acreditación: Copia simple del título como profesional técnico.

Para el caso del Técnico en Radiología: Contar con acreditación vigente por el Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN)

Acreditación: Copia simple de la acreditación emitida por el IPEN.

Para el caso de personal Técnico de Enfermería que realizan audiometría y espirometrías deben ser acreditados en cursos de ambos procedimientos.

Acreditación: Copia simple de certificados de cursos de entrenamiento en audiometría y espirometría.

III. GARANTÍAS Y PÓLIZAS

3.1. GARANTÍAS

El GANADOR de la Buena Pro deberá contar y entregar a PETROPERÚ la garantía conforme al Artículo 25º del Reglamento de Contrataciones de Petroperú:

- a) Carta Fianza de Fiel Cumplimiento del Contrato la cual será emitida a nombre de PETROLEOS DEL PERU - PETROPERÚ S.A. por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto contractual y tendrá vigencia hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del CONTRATISTA. En el caso de que fuese renovado y/o ampliado el plazo del contrato, la Garantía de Fiel Cumplimiento deberá también ser renovada por término igual al señalado para el cumplimiento del mismo.

La garantía (carta fianza) deberá ser emitida por una empresa autorizada y sujeta al ámbito de la Superintendencia de Banca y Seguros o estar consideradas en la última lista de Bancos

Extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú. Asimismo, deberá tener carácter incondicional, solidario, irrevocable, de realización automática, y sin beneficio de excusión, al solo requerimiento de Petroperú bajo responsabilidad de la entidad que la emite.

En principio podrá aceptarse garantías cuyo vencimiento esté previsto en la fecha de culminación del Contrato, sin embargo, en dicho caso el contratista deberá preocuparse de mantener actualizada la garantía hasta la aprobación de la conformidad de recepción de la prestación, caso contrario se ejecutará la garantía al día siguiente de su vencimiento sin mayor trámite.

La carta fianza de garantía se devolverá una vez que la recepción de la prestación a cargo del contratista esté aprobada.

3.2. SEGUROS

 X SI NO

El CONTRATISTA, deberá presentar las pólizas de seguros a los 07 días calendario posteriores a la firma del contrato u OTT y antes de dar inicio a la ejecución de los exámenes médicos ocupacionales.

El Contratista es responsable de contratar y mantener vigentes durante el plazo de tiempo de ejecución del contrato, todas las pólizas de seguros y coberturas que por Ley le competen a su actividad. Adicionalmente y en amparo al presente contrato, deberá contar las siguientes pólizas de seguros:

- **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil**, por una Suma Asegurada no menor de US\$ 500,000.00 en límite único y combinado, por evento (para la suma asegurada principal) y en agregado vigencia, la misma que debe tener como mínimo las siguientes coberturas:
 - Responsabilidad Civil Extracontractual.
 - Responsabilidad Civil Contractual.
 - Responsabilidad Civil Patronal, la misma que debe cubrir a todo el personal, independientemente de su modalidad de contratación, es decir, así no se encuentre en planilla.

La póliza debe indicar en detalle las actividades involucradas en el contrato y hacer referencia al mismo.

DISPOSICIONES GENERALES PARA LAS PÓLIZAS DE SEGUROS:

- Las Pólizas de Seguros de Responsabilidad Civil deberán incluir a PETROPERÚ, como asegurado adicional, a fin de brindar cobertura a PETROPERU por las reclamaciones de terceros en las que resulte responsable solidario y/o tercero civil responsable por las actividades del asegurado principal. (No aplicable para RC Profesional)
- Las Pólizas de Seguros de Responsabilidad Civil deberán dejar constancia que en caso de siniestro PETROPERU tiene la denominación de tercero, de forma tal que cubra adecuadamente cualquier daño a sus propiedades y/o dependientes.
- Las pólizas de seguros, con excepción del SOAT, deberán tener el carácter de primarias. Cualquier otra póliza de seguro contratada sobre el mismo interés asegurado, es en exceso y no concurrente.
- La póliza de Responsabilidad Civil considerará como terceros a los familiares de los trabajadores, al personal contratado y de contratistas y/o subcontratistas, y/o empresas que prestan servicios a PETROPERU.
- El CONTRATISTA y su asegurador renuncia a su derecho de subrogación contra PETROPERÚ y/o sus accionistas y/o asociadas, funcionarios y *trabajadores*.
- Incluir una disposición por la cual se estipule que la aseguradora se obliga a cursar notificación por escrito a PETROPERÚ S.A. en caso fuera a producirse alguna modificación, anulación de

las pólizas de seguros o incumplimiento de pago de primas.

- El CONTRATISTA deberá obtener autorización expresa y por escrito de PETROPERÚ, antes de efectuar cualquier cambio, modificación o cancelación en las pólizas de seguro contratadas. Asimismo, cada póliza de seguro o certificado de seguro deberá incluir una disposición por la cual se estipule que el asegurador deberá cursar notificación por escrito a PETROPERÚ, en caso de que fuera a producirse algún cambio o cancelación o suspensión de cobertura por falta de pago, por lo menos treinta días (30) antes de dicho cambio o cancelación o suspensión

IV. DOCUMENTOS FORMALIZACION CONTRACTUAL

4.1 DOCUMENTOS FORMALIZACION CONTRACTUAL

Para la emisión y notificación de la Orden de Trabajo a Terceros, el postor ganador de la Buena Prodeberá entregar lo siguiente:

- a) Copia de los permisos, licencias y otros, que autoricen el funcionamiento como Centro o Establecimiento de Salud Ocupacional (item 2.1).
- b) Constancia de Habilidad Profesional vigente de los médicos, psicólogo y enfermeras según su Colegio Profesional del Perú.
- c) Certificados de Calibración de los equipos de medición y de laboratorio. Dicho certificado debe ser expedido por institución acreditada por INACAL, presente en su Directorio de Laboratorios de Calibración acreditados, o por el mismo INACAL, INDECOPI u otro organismo acreditado internacionalmente, el cual debe estar vigente al momento de la suscripción del contrato.
- d) Certificados de mantenimiento preventivo de los equipos de medición y de laboratorio actualizados, con una antigüedad no mayor a seis meses. Además, el equipo de audiometría debe contar con el registro de verificación diaria que corrobore la calibración biológica del equipo, el cual se presentará al momento de la visita de PETROPERU.
- e) En el caso del Laboratorio: Certificado de vigencia de los reactivos a utilizar.
- f) Declaración Jurada de Paralización de Trabajos por Riesgo Inminente (Apéndice N° 18) y Declaración Jurada de Implementación de un Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo según Ley 29783 y su Reglamento (Apéndice N° 17).

V. FACTURACIÓN Y FORMA DE PAGO

5.1 ADELANTOS

_____ SI

_____ X _____ NO

5.2 FACTURACIÓN

Las valorizaciones se presentarán de manera mensual, después de ejecutada la respectiva prestación.

El/los comprobantes(s) de pago deberá(n) enviarse a través de la Plataforma de Mesa de Partes Virtual, para más información revisar el enlace: <https://scdp.petroperu.com.pe/mpv/> . Sólo las empresas extranjeras pueden enviar sus comunicaciones a la dirección de correo mesadepartesvirtual@petroperu.com.pe, hasta que se implemente la opción correspondiente en la plataforma de Mesa de Partes Virtual.

Los comprobantes de pago deberán estar acompañadas de:

- Para el caso de pagos parciales: Copia del Contrato u Orden de Trabajo a Terceros (OTT), la valorización aprobada, el comprobante de aprobación de la prefacturación, la consulta SUNAT del RUC y del Comprobante de Pago, de ser el caso indicar la cuenta de detracciones.

- Para el caso del pago final: Contrato u Orden de Trabajo de Terceros (OTT) original, la valorización final aprobada, el acta de conformidad de recepción.

El Contratista consignará obligatoriamente en su factura el número y descripción del Contrato u OTT y el número de HES (en caso de servicios).

Tratándose de comprobantes de pago electrónico, éstos deberán ser autorizados por la SUNAT.

Aquellos comprobantes de pago presentados incorrectamente o presentados antes de obtener la conformidad serán devueltos para su subsanación, rigiendo el nuevo plazo a partir de la fecha de su correcta presentación.

5.3 FORMA DE PAGO

El/los comprobantes(s) de pago será (n) pagado(s), a los Sesenta (60) días calendario.

El plazo de pago para la cancelación de facturas o recibos por honorarios emitidos por una MYPE será a los treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de emisión de la factura o recibo por honorarios. Para tal efecto la MYPE deberá entregar lo siguiente:

- a) Declaración jurada del Impuesto a la Renta correspondiente al ejercicio fiscal inmediatamente anterior a la fecha de emisión de la factura o recibo por honorarios.
- b) Número de cuenta de la empresa del sistema financiero en la que se le debe abonar el importe de la factura o recibos por honorarios emitido, de conformidad con el TUO de la Ley para la lucha contra la evasión y para la formalización de la economía, cuyo TUO fue aprobado por Decreto Supremo N°150-2007-EF y modificatorias.

VI. DESCRIPCION DE ALCANCE TÉCNICO DEL SERVICIO

6.1 NORMATIVA TECNICA

La contratación del servicio responde a la siguiente normativa legal vigente:

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y sus modificatorias.
- ✓ Decreto Supremo N° 005-2012-TR, Reglamento de la Ley N° 29783 y sus modificatorias.
- ✓ Ley N° 31246, Ley que modifica la Ley 29783 "Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo para garantizar el derecho de los trabajador o aspirantes a la Seguridad y la Salud en el Trabajo ante riesgo epidemiológico y sanitario"
- ✓ Resolución Ministerial N° 571-2014/MINSA y sus modificatorias.
- ✓ Demás disposiciones legales vigentes.

Toda norma legal vigente relacionada con el servicio.

6.2 LUGAR DE EJECUCIÓN

En las instalaciones del CONTRATISTA.

6.2.1. Procedimiento de Atención

- Servicios Médicos enviará al CONTRATISTA el Protocolo de Exámenes Médicos de cada trabajador siete días calendarios previos a la fecha de inicio del servicio.
- Servicios Médicos enviará al CONTRATISTA la programación del personal 24 horas previos a la atención; en caso se requiera reprogramación por inasistencia del trabajador, se informará

al CONTRATISTA con 48 horas de anticipación la nueva fecha del examen del trabajador (considerando que contamos con personal turnista cuyos turnos podrían ser modificados).

- El CONTRATISTA deberá tener capacidad de atención exclusiva y/o preferencial hasta para 10 trabajadores por día, en el horario señalado por PETROPERÚ, en caso de tener más de 10 trabajadores se coordinará con el área de Servicios Médicos de PETROPERÚ, designando a un profesional de medicina en salud ocupacional con quien se coordinarán las acciones a seguir durante todo el proceso de ejecución del Servicio, contando para ello con telefonía móvil.
- El trabajador se presentará en las instalaciones del CONTRATISTA identificándose con su DNI a la hora exacta programada, según coordinación con el establecimiento, pudiéndose realizar de lunes a viernes, a partir de las 07:00 am.
- La anfitriona del CONTRATISTA, que será una enfermera o técnica en enfermería o ejecutiva administrativa, orientará al trabajador acerca de los pasos a seguir en su examen médico, asegurará la firma de los documentos que lo requieran y tendrá capacidad de resolución en caso ocurriera algún inconveniente durante la prestación del Servicio. Deberá programarse una (01) anfitriona por cada cinco (05) trabajadores programados en cada día de atención.
- Concluidos los exámenes que requieren la condición de ayuno, el CONTRATISTA brindará al trabajador un desayuno snack nutritivo y luego continuará con el circuito de atención.
- El CONTRATISTA instruirá al personal encargado de la evaluación para no direccionar hacia una determinada clínica o profesional una posible posterior atención y tratamiento de algún hallazgo/patología que presentará el trabajador. Del mismo modo, no direccionar la adquisición de medicamentos, suplementos vitamínicos u otros implementos de uso en salud.
- El CONTRATISTA debe asegurar que la evaluación en su totalidad se realizará en un solo día, hasta la 12:30 pm como hora máxima de atención.
- El CONTRATISTA informará a Servicios Médicos la asistencia (especificando hora de entrada y salida) del trabajador diariamente por vía electrónica al correo corporativo del Médico de PETROPERÚ encargado.
- El CONTRATISTA registrará los resultados y evaluaciones de cada trabajador de manera individual y global en medio magnético.
- En caso un trabajador no llegue a culminar su Examen Médico por no encontrarse la especialidad disponible en el centro, el CONTRATISTA informará a Servicios Médicos por correo electrónico, indicando el motivo de la ausencia, sin perjuicio de la penalidad aplicable. El CONTRATISTA bajo ningún motivo podrá reprogramar el examen médico del trabajador sin previa coordinación con Servicios Médicos. En caso el trabajador se niegue a pasar consulta por alguna especialidad, debe firmar una Constancia de Exoneración, la que será anexada al expediente médico del trabajador.
- El protocolo de evaluación enviado por el médico PETROPERÚ debe ser respetado en su totalidad, ya que son generados en base a los riesgos de exposición identificados en cada uno de los puestos laborales. De existir solicitud por parte de un trabajador a fin de realizar alguna prueba, examen y/o consulta no especificada en su perfil de evaluación, debe ser previamente consultada con el médico de la operación, para recibir el visto bueno y de corresponder, proceder con la ejecución.
- En caso de hallazgo clínico, procedimiento o laboratorio alterado y que requiere atención médica de urgencia o emergencia deberá ser comunicado inmediatamente (dentro de las 24 horas), a Servicios Médicos vía telefónica y al correo corporativo que se detalla a continuación:

Num.	Nombre del Médico	Teléfono	Correo
01	Jaime Takayama Sandoval	969280088	jtakayama@petroperu.com.pe

- El CONTRATISTA asegurará que todo el personal destinado para la prestación del Servicio de evaluación de los trabajadores de PETROPERÚ permanecerá en el horario determinado para la realización de los exámenes, estando dedicado a tiempo completo a la atención de la presente convocatoria.
- EL CONTRATISTA, deberá tener a disposición el personal médico especialista durante todo el horario de ejecución de examen, principalmente de las especialidades que demandan mayor tiempo de evaluación. En caso de no cumplir con el horario estipulado, se aplicará la penalidad establecida en el numeral 6.7 "Penalidades" de las presentes condiciones.
- El CONTRATISTA debe asegurar las medidas de bioseguridad necesarias para la atención tanto para protección de su personal como para la protección del personal de PETROPERÚ, es decir, cualquier implemento de protección que se requiera durante la ejecución del examen ocupacional y dependiendo del contexto epidemiológico del momento.
- El CONTRATISTA al inicio del servicio deberá presentar los nombres de los profesionales titulares y alternos, si fuera el caso, que intervendrán en el Servicio, es decir, frente a una eventualidad de algún profesional titular pueda ser reemplazado por otro profesional del mismo perfil, debiendo proporcionar personal que reúna las siguientes condiciones:
 - Tener buena salud física y mental (Aptitud Médica).
 - Ser personas confiables y discretas.
 - Ser personas amables y con buen trato.

6.2.2. De los Resultados del Examen Médico Ocupacional y Plazos de Entrega

El CONTRATISTA presentará a Servicios Médicos los siguientes informes:

- Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la realización del Examen Médico Ocupacional Periódico completo del trabajador, el CONTRATISTA debe remitir al correo electrónico institucional y/o personal de cada trabajador el informe consolidado de su evaluación y los resultados de su examen médico, firmado y sellado por los médicos especialistas, el cual será validado, firmado y sellado por el Médico Ocupacional. Dicha información debe ser enviada con copia al correo electrónico institucional del Médico de PETROPERÚ encargado. En caso de no cumplir con la entrega de los resultados correctos en el plazo establecido, se aplicará la penalidad correspondiente en el numeral 6.7 "Penalidades" de las presentes Condiciones.
- EL CONTRATISTA, debe asegurarse que el correo proporcionado por el trabajador sea el correcto, pudiendo demostrar la recepción a través del acuse de recibido respectivo.
- La entrega de los informes médicos individuales en físico a PETROPERÚ por el CONTRATISTA, tendrá un plazo máximo de veinte (20) días hábiles, contabilizados a partir de la fecha de ejecución del examen médico del trabajador.
- El informe médico físico por entregar debe contener: el Consentimiento Informado del trabajador para la realización del Examen Médico Ocupacional, la Autorización de cada trabajador para que sus resultados sean enviados al Médico de PETROPERÚ, la Hoja de Ruta (Apéndice N° 11), firmada por cada trabajador, los resultados de las diferentes evaluaciones (incluyendo exámenes de laboratorio e imagenológicos) firmados y sellados por los especialistas, el Certificado de Aptitud Médico Ocupacional de cada trabajador, así como cualquier otra Constancia de Autorización o Exoneración según corresponda. Cada informe debe ser entregado en una (01) copia original, correctamente encapetadas en sobre cerrado y lacrado, y ser remitidas a Servicios Médicos PETROPERÚ. En caso de no cumplir con el

tiempo establecido, se aplicará la penalidad establecida en el numeral 6.7 “Penalidades” de las presentes Condiciones.

- En cada entrega de expedientes se debe adjuntar una pre-liquidación, donde se indiquen los exámenes médicos realizados por trabajador y los precios de los mismos, éstas serán revisadas y aprobadas por Servicios Médicos para efectos del pago de la factura al finalizar el Servicio. Asimismo, la aprobación/desaprobación de esta, será informada al correo electrónico del encargado de Salud Ocupacional designado por el CONTRATISTA.
- Los resultados de los exámenes médicos serán ingresados a una Base de Datos en Excel por el CONTRATISTA, en el registro informático que indique Servicios Médicos de PETROPERÚ, el cual deberá ser remitido de manera mensual. En caso de no cumplir con los registros correctos establecidos, se aplicará la penalidad establecida en el numeral 6.7 “Penalidades” de las presentes Condiciones.
- El Informe Final Estadístico Ocupacional, consolidado en físico y digital, entregado al término del Servicio, incluye la Base de Datos digitalizada que resume la situación de salud de los trabajadores con indicadores de salud y recomendaciones puntuales que tuvieran relevancia para PETROPERÚ.
- PETROPERÚ informará, mediante carta por escrito al CONTRATISTA, confirmando la fecha de término del Servicio y la fecha de entrega del Informe Final Estadístico Ocupacional. Por su parte, el CONTRATISTA deberá entregar mediante carta dicho Informe en físico a PETROPERÚ dentro del plazo máximo de 30 días calendarios posteriores al término del Servicio con la data correcta y sin errores con el visto bueno previo de Servicios Médicos, para lo cual deberá adjuntar un USB con todos los informes médicos de los trabajadores evaluados escaneados en formato PDF. En caso de no cumplir con la entrega del Informe Final Estadístico Ocupacional en el plazo y sin errores, se aplicará la penalidad establecida en el numeral 6.7 “Penalidades” de las presentes Condiciones.
- Con la entrega del Informe Final Estadístico Ocupacional en el plazo y condiciones indicadas, previamente auditado por el médico encargado, con el fin de dar fiel cumplimiento a los aspectos médicos y económicos del presente contrato y una vez realizada una presentación de los resultados obtenidos en el presente Servicio de Evaluación dirigida por el Médico Ocupacional de la CONTRATISTA en la sede de PETROPERÚ en fecha y hora acordada por ambas partes, se procederá con la liquidación correspondiente al CONTRATISTA.
- Las firmas de los informes médicos y resultados de laboratorio deben ser originales manuscritas o electrónicas con el debido reconocimiento por RENIEC. No se aceptarán firmas digitalizadas.

6.3 PLAZO DE EJECUCIÓN:

El Servicio será ejecutado hasta el término de los exámenes programados por la función Servicios Médicos de Refinería Talara y Operaciones Oleoducto, o hasta el término del monto contractual, con plazo referencial de acuerdo con la siguiente tabla:

ÍTEM	PLAZOS
Ítem 3	90 días calendario a partir de la fecha de inicio que establezcan entre PETROPERÚ y el contratista

El inicio de ejecución contractual será coordinado con el ganador de la Buena Pro, en adelante el CONTRATISTA, una vez firmado el contrato.

6.4 ALCANCE TÉCNICO DEL SERVICIO

PETRÓLEOS DEL PERÚ – PETROPERÚ S.A, en adelante PETROPERÚ, requiere contratar el Servicio de Examen Médico Ocupacional Periódico 2024 para trabajadores de Refinería Talara Lotes y Oleoducto - Ítem 3

Según los protocolos médicos ocupacionales realizados por personal profesional cuya habilitación deberá ser presentada previo al inicio del servicio.

Los protocolos serán establecidos por PETROPERU, el mismo que comprende:

6.4.1. Evaluación Médica General y Examen Físico

Será realizada por un Médico colegiado, habilitado y registrado con estudios y experiencia en Medicina Ocupacional, dirigida para todos los candidatos y trabajadores, de acuerdo con las especificaciones consignadas en la solicitud de evaluación que, como mínimo, comprenderá:

- 6.4.1.1. Entrevista al candidato o trabajadores: Dirigida a todos los candidatos y trabajadores, que consignará:
 - Datos de filiación.
 - Antecedentes Patológicos Personales y Familiares.
 - Alergias a medicamentos y/o sustancias químicas ocupacionales.
 - Hábitos tóxicos.
 - Aficiones.
 - Absentismos.
 - Historia ocupacional de acuerdo con formato PETROPERU (Apéndice N° 3).
 - Factores de riesgo del puesto de trabajo, tiempo y frecuencia de exposición a los mismos, uso de Equipos de Protección Personal y daño potencial a la salud, en caso lo hubiere.
- 6.4.1.2. Examen Físico: Dirigido a todos los candidatos y trabajadores, que consignará;
 - Signos vitales: presión arterial, temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
 - Control de peso, talla, perímetro abdominal y de tórax, índice cintura/cadera.
 - Evaluación clínica general (cabeza, cuello, tórax, abdomen, pelvis y extremidades superiores e inferiores) con la descripción de los hallazgos encontrados.
 - Diagnósticos probables, presuntivos o definitivos.
 - Recomendaciones médicas frente a hallazgos.
 - Fecha del examen, firma y sello del médico que realizar la evaluación.
- 6.4.1.3. Examen Dermatológico: Dirigido a todos los candidatos y trabajadores, que consignará;
 - Examen general de la piel y faneras, de acuerdo con formato de PETROPERU (Apéndice N° 05).
- 6.4.1.4. Examen Neurológico: Dirigido a todos los candidatos y trabajadores, que consignará;
 - Examen físico, de acuerdo con formato de PETROPERÚ (Apéndice N° 06).
 - Test para Trabajos en Altura Estructural (mayor a 1.8 metros) (Apéndice N° 07), se realizará sólo a los candidatos con factor de riesgo ocupacional identificado según protocolos.
 - Test para Espacios confinados (Apéndice N° 08), se realizarán sólo a los candidatos con factor de riesgo ocupacional identificado según protocolos.
- 6.4.1.5. Evaluación Musculoesquelética, (incluye Cuestionario Nórdico), de acuerdo con formato de PETROPERÚ (Apéndice N° 09) a todos los trabajador y candidatos.

El médico ocupacional tras revisión de todo el expediente, incluido resultados o evaluaciones por las especialidades, brindará las conclusiones, recomendaciones clínico-ocupacionales finales, y emitirá el Certificado de Aptitud Médico Ocupacional (CAMO).

6.4.2. Evaluación Oftalmológica

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Oftalmología. Dirigida para todo el personal y candidatos.

Comprende:

- Entrevista al trabajador o candidato.
- Examen de agudeza visual y refracción.
- Examen de campo visual (Campimetría).
- Oftalmoscopia (fondo de ojo).
- Evaluación de cámara anterior con lámpara de hendidura.
- Tonometría computarizada o de Goldman (con lámpara de hendidura).
- Apreciación de colores.
- Examen estereoscópico.
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico-ocupacionales relacionadas a su especialidad, así como la Aptitud para conducción de vehículos.

6.4.3. Evaluación Otorrinolaringológica

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Otorrinolaringología. Dirigida solo a trabajador o candidato con factor de riesgo ocupacional identificado según protocolo.

Comprende:

- Entrevista al trabajador con resultados de audiometría.
- Audiometría en cabina, la que debe estar aislada de los ruidos del entorno y será realizada por un personal de salud (Licenciado Enfermería y/o Técnico de Enfermería) acreditado en audiometrías y firmado por el especialista. Los resultados deben indicar la conclusión clínica y la conclusión ocupacional (de acuerdo con escala de Klockhoff). Incluirá el llenado de la Ficha de Antecedentes, de acuerdo con formato de PETROPERÚ (Apéndice N° 10).

6.4.4. Evaluación Neumológica

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Neumología. Dirigida solo a trabajador o candidato con factor de riesgo ocupacional identificado según protocolo.

Comprende:

- Entrevista al trabajador con resultados de espirometría y radiografía de tórax.
- Examen físico del aparato respiratorio.
- Evaluación de la radiografía de tórax y espirometría.
- Espirometría, será realizada por un personal de salud acreditado: (Licenciado Enfermería y/o Técnico de Enfermería), acreditado en espirometrías y firmada por el especialista. Solo se efectuará la lectura de la gráfica hasta calidad B, no se aceptarán lecturas con calidades inferiores, y se indicará bajo los criterios de NIOSH.

6.4.5. Evaluación Cardiovascular

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Cardiología. Dirigida para todo el personal.

Comprende:

- Entrevista al trabajador con resultados de electrocardiograma y prueba de esfuerzo.
- Examen físico cardiovascular que incluye examen físico vascular periférico.
- Electrocardiograma en reposo a todo candidato o trabajador. Podrá ser realizado por un profesional de salud debidamente capacitado y bajo la supervisión del Cardiólogo.
- Prueba de Esfuerzo Graduada realizada por el Cardiólogo, sólo para trabajador con edad mayor o igual a 40 años o, aquellos trabajador menores de 40 años con Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 30 y/o antecedente de cardiopatía de acuerdo con la evaluación, y personal operativo por indicación del Médico Ocupacional de PETROPERÚ.

6.4.6. Evaluación Urológica

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Urología. Dirigida para todo el personal de sexo masculino mayor de 40 años.

Comprende:

- Entrevista al trabajador o candidato con resultados de PSA y Ecografía.
- Examen físico de genitales externos, testículos y tacto rectal (palpación de próstata).
- Se debe consignar la exoneración al tacto rectal en caso de negativa del trabajador.

6.4.7. Evaluación Ginecológica

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Ginecología. Durante la evaluación el médico deberá estar acompañado de un personal Técnico de Enfermería. Dirigida para todo el personal de sexo femenino.

Comprende:

- Entrevista a la trabajadora.
- Examen genito-urinario, incluye genitales internos y externos.
- Examen ginecológico, incluye examen de mamas.
- Toma de muestra para Papanicolaou, cuyo resultado debe ser firmado por un médico con especialidad en Patología).

Se entregará a cada trabajadora una bata descartable para el examen, manteniendo su privacidad y confort.

6.4.8. Evaluación Psicológica

Será realizada por un profesional Psicólogo colegiado y habilitado, con especialidad o estudios en Psicología Laboral u Ocupacional.

Comprende:

Para todos los trabajadores:

- Entrevista y evaluación psicológica especializada.
- Aplicación del examen psicológico ocupacional en sus aspectos cognitivos, afectivos emocionales asociados, que deberá estar acorde a las normas de salud ocupacional vigentes (Escala de Ansiedad y Depresión SRQ – 18, Test de Estrés de Karasek).

Sólo para trabajadores con factor de riesgo ocupacional identificado según protocolos:

- Aplicar Test de Fatiga y Somnolencia de Epworth.
- Aplicar Cuestionario de H. Yoshitake.
- Aplicar Test de Fobias (incluye cuestionario para trabajos en altura y en espacios confinados según el riesgo identificado).

- Aptitud Médico Ocupacional para Trabajos en Altura Estructural y Espacios Confinados.

Generar las conclusiones y recomendaciones clínico-ocupacionales relacionadas a su especialidad.

6.4.9. Exámenes de Laboratorio

Serán realizados por un profesional Técnico en Laboratorio, de acuerdo con la programación enviada por el Médico Ocupacional de Petroperú o el personal del Servicio Médico Refinería Talara; los resultados serán firmados por el encargado del Laboratorio.

Biometría sanguínea completa	Conteo de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Hemoglobina, hematocrito e índices eritrocíticos (VCM, HCM y CHCM)
Bioquímica sanguínea	Glucemia
	Hemoglobina glicosilada (solo para trabajador con edad mayor o igual a 40 años)
	Ácido úrico
Pruebas de Función Renal	Creatinina y Urea
Perfil Lipídico	Colesterol Total / HDL / LDL / VLDL
	Triglicéridos
	Riesgo Coronario
Pruebas Hepáticas	Transaminasas: TGP y TGO
	Fosfatasa Alcalina
Antígeno Prostático Específico (PSA)	Solo a trabajador varones con edad mayor o igual a 40 años, así como en casos que se requiera
Examen de Orina	Examen Completo de Orina - Sedimento urinario
Thevenon en heces	Para trabajadores mayores de 40 años.

6.4.10. Exámenes por Imágenes

Serán realizados por un profesional médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Radiología, el mismo que firmará los resultados. Serán realizados de acuerdo con programación enviada.

Comprende:

- Radiografía de tórax (postero-anterior). Podrá ser tomada por un profesional Técnico en Radiología, bajo la supervisión del Radiólogo, con lectura OIT y convencional. En caso de damas en edad fértil deberá consultarse sobre sospecha de gestación o periodo de lactancia y firmar consentimiento.
- Ecografía completa abdomino-pélvica dirigida a todo el personal. En caso de las mujeres incluye de útero y órganos anexos.

6.4.11. Emisión de la Aptitud Médico Ocupacional

- El médico ocupacional tras revisión de todo el expediente, incluido resultados o evaluaciones por las especialidades, brindará las conclusiones, recomendaciones clínico-ocupacionales finales, y emitirá la Aptitud Médico Ocupacional, la aptitud para trabajos en alturas y espacios confinados y aptitud para conducir vehículos.
- El médico ocupacional emitirá el Certificado Médico Ocupacional (CAMO).

- Se emitirán 2 tipos de CAMOS, un administrativo sin diagnósticos y uno con diagnósticos.
- El Médico Ocupacional emite y firma el Certificado de Aptitud Médico Ocupacional una vez culminadas las evaluaciones médicas.
- Se emitirán 2 tipos de aptitudes: 01 con diagnósticos y 01 administrativa sin diagnósticos.
- La aptitud debe consignar diagnósticos definitivos, incluso aquellos que han requerido interconsultas para levantar las observaciones o definir diagnósticos y en caso de enfermedades crónicas se debe consignar si la patología esta “Controlada” o No Controlada” según los resultados obtenidos y/o resultados finales en caso de interconsultas.

Todos los insumos, materiales utilizados (bajalenguas, guantes, batas y sábanas para camillas deberán ser descartables, cremas electroconductoras, entre otros) y equipos los proporcionará el CONTRATISTA.

6.4.12. Personal Requerido

Denominación	Cant.	Requisitos	Funciones
Médico	02	Médico cirujano colegiado y habilitado, con segunda especialidad en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente y/o Medicina del Trabajo; o egresado de la Maestría en Salud Ocupacional y/o Salud Ocupacional y Ambiental y/o Medicina Ocupacional y Medio Ambiente.	Evaluación clínica y ocupacional de trabajadores
Psicólogo	01	Licenciado (a) en Psicología, con diplomado o curso en Salud Ocupacional, Psicología Laboral u Ocupacional u Organización	Evaluación psicológica ocupacional de trabajadores
Médico Oftalmólogo	01	Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Oftalmología	Evaluación oftalmológica de trabajadores
Médico Otorrinolaringólogo	01	Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Otorrinolaringología	Evaluación otorrinolaringológica de trabajadores
Médico Neumólogo	01	Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Neumología	Evaluación neumológica de trabajadores
Médico Urólogo	01	Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Urología	Evaluación urológica de trabajadores
Médico Ginecólogo	01	Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Ginecología	Evaluación ginecológica de trabajadoras

Médico Cardiólogo	01	Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Cardiología	Evaluación de cardiológica de trabajadores
Médico Radiólogo	01	Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Radiología	Evaluación y realización de los exámenes por imágenes de trabajadores
Licenciado en Enfermería.	02	Ser Licenciado en Enfermería con capacitación y certificación en Pruebas Funcionales	Toma de electrocardiograma, audiometría y espirometría
Técnico en Laboratorio	01	Título Técnico Profesional en Laboratorio	Toma y procesamiento de muestras de sangre, orina y heces
Técnico en Radiología	01	Título Técnico Profesional en Radiología	Toma y procesamiento de placas radiográficas
Técnico en Enfermería	02	Título Técnico Profesional en Enfermería	Soporte en la realización de pruebas funcionales

6.5 CONDICIONES PARA EL INICIO DEL SERVICIO U OBRA

Requerimientos previos para el inicio de actividades:

- Documentos referidos al personal que ejecutará el servicio
- Autorizaciones de funcionamiento y acreditación

6.6 ENTREGABLES

Una Base de Datos en Excel, en el registro informático que indique Servicios Médicos de PETROPERU, el cual deberá ser remitido de manera mensual, con el avance de los exámenes realizados, y al término del servicio una memoria externa donde se incluyan los exámenes medico escaneados, las placas radiográficas y ecografías.

El Informe Final Estadístico Ocupacional, consolidado en físico y digital, entregado al término del servicio, incluye la Base de Datos digitalizada de todos los exámenes realizados; así como la presentación estadística y medico ocupacional en una reunión previamente coordinada con el administrador de contrato.

6.7 PENALIDADES

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del Contrato, PETROPERÚ S.A. aplicará al CONTRATISTA una penalidad por cada día de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al 10% del monto del Contrato. Esta penalidad será deducida automáticamente de los pagos pendientes del Contrato, y si fuese necesario, se cobrará el monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento. La penalidad se calculará de acuerdo con la siguiente fórmula:

Penalidad por mora por cada día de atraso:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{(0.10 \times \text{Monto})}{(F \times \text{plazo de ejecución en días})}$$

Donde F tendrá los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, F = 0.40
- Para plazos mayores a sesenta (60) días, F = 0.25

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al contrato, ítem, tramo, etapa o lote que debió ejecutarse.

PETROPERÚ S.A. podrá resolver el Contrato, cuando el CONTRATISTA haya acumulado el monto máximo de la penalidad del Contrato.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al contrato, ítem, tramo, etapa o lote que debió ejecutarse o de la prestación parcial en el caso de contratos de ejecución periódica.

Adicionalmente, PETROPERÚ podrá aplicar las siguientes penalidades específicas al CONTRATISTA:

INFRACCIÓN	DESCRIPCION DE LA PENALIDAD	MONTO
001	Penalidad por no ejecutar el protocolo completo del examen médico programado, sin presentar la exoneración del trabajador.	0.05 UIT por Protocolo no cumplido
002	Penalidad por resultados de exámenes médicos vía electrónica o en físico no entregados en el plazo establecido o por entrega de resultados errados en los expedientes presentados, según condiciones técnicas.	0.02 UIT por día hábil atrasado por expediente
003	Penalidad por error de los registros en base de datos del examen médico ocupacional periódico.	0.01 UIT por error en la Base de datos
004	Penalidad por informe final ocupacional no entregado en el plazo establecido o con datos e información errada, según condiciones técnicas.	0.05 UIT por día atrasado
005	Penalidad por cambio de personal de la contratista en sus instalaciones sin comunicación y respuesta aprobatoria previa para ejecución completa del protocolo de cada trabajador.	0.25 UIT por día de incumplimiento
006	Penalidad por falta de personal de la contratista en sus instalaciones o del asignado a las instalaciones de Petroperú para la ejecución del servicio	0.25 UIT por día (total o parcial) de incumplimiento
007	Penalidad por incumplimiento en la permanencia de los profesionales de salud durante la realización del emo programado	0.01 UIT por número de personas pendientes de evaluación
008	Penalidad por incumplimiento en el tiempo mínimo de duración de los exámenes solicitados	0.01 UIT por número de personas donde se ha incumplido el tiempo establecido

- Toda infracción debe ser levantada y subsanada en el momento o día de su ocurrencia, sin perjuicio de las penalidades antes indicadas.

- Las penalidades serán deducidas de los pagos a cuenta o del pago final o si fuese necesario se cobrará del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.
- De superar la penalidad el 10% del monto contractual del Servicio, PETROPERÚ estará facultado para resolver unilateralmente el contrato.

6.8 OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA

- El CONTRATISTA deberá considerar en sus costos todas las facilidades, entre ellas y sin limitación, equipo de cómputo, materiales, insumos, sistemas de comunicación (teléfono, fax, correo electrónico, radio, etc.), fotocopiado, escaneado, uniformes, equipos de protección personal (para riesgos biológicos como para prevención de COVID-19 u otros), útiles de escritorio, obtención de fotochecks, entre otros para la atención de su personal dentro de sus instalaciones.
- El CONTRATISTA presentará al inicio del servicio el Curriculum Vitae documentado de todos los profesionales de salud que prestarán el Servicio con detalle de Formación Profesional y Experiencia Laboral (indicando las actividades o procesos principales realizados)
- EL CONTRATISTA presentará al inicio del servicio un video de simulación de atención (indicando evaluaciones, consideraciones a seguir y medidas de protección para evitar la propagación de COVID-19 en sus instalaciones) y flujograma de la prestación del Servicio, así como una difusión electrónica con las instrucciones y recomendaciones que debe seguir el trabajador previo al examen médico ocupacional, el cual se adjuntará a la carta de invitación y/o citación. PETROPERÚ, dará conformidad a esta información.
- El CONTRATISTA enviará a Servicios Médicos (dependencia), los frascos para la recolección de la muestra de orina y de heces, por lo menos una semana antes, conforme al programa de citas.
- El CONTRATISTA brindará las facilidades necesarias a PETROPERÚ para realizar los controles de calidad del Servicio.
- El CONTRATISTA brindará la exclusividad para la atención a los trabajadores de PETROPERÚ.
- El CONTRATISTA deberá contar con la infraestructura y equipamientos propios de preferencia o bajo su administración, para que todos los exámenes médicos se realicen durante la mañana, en un solo local que incluya: análisis de laboratorio, evaluaciones por especialidades y exámenes imagenológicos, de manera tal que el personal de PETROPERÚ no tenga que desplazarse a diferentes locales, ni pasar los exámenes en más de una fecha.
- El CONTRATISTA está en la obligación de participar en la capacitación del Médico Ocupacional por parte de PETROPERÚ, respecto a los parámetros que se desean evaluar en el Examen Clínico al trabajador, la cual se realizará 7 días calendario antes del inicio de ejecución del servicio, previa coordinación con el Médico Ocupacional de PETROPERÚ.
- El CONTRATISTA deberá presentar el modelo de Autorización del trabajador para que sus resultados sean enviados al Médico de PETROPERÚ y el Consentimiento Informado en los cuales deben ir detallados en forma explícita todos los ítems que se evaluarán y la información sobre los exámenes que se tomarán al personal, según la Ley N° 29783 y su Reglamento.
- El CONTRATISTA prestará el Servicio con el personal profesional y técnico presentado en su Propuesta Técnica. Cualquier cambio debe realizarse con otro de igual o superior experiencia de aquel a quien reemplazará, previa comunicación y la aprobación de PETROPERÚ. En caso de incumplimiento, se aplicará la penalidad establecida en el numeral 6.7 "Penalidades" de las presentes Condiciones.
- El CONTRATISTA mantendrá en óptimas condiciones de higiene y seguridad, así como, acondicionará las instalaciones para los exámenes a tomarse, igualmente mantendrá operativo y en condiciones óptimas sus equipos médicos.
- La duración mínima de cada evaluación médica especializada no debe ser menor a 12 minutos.

- El CONTRATISTA brindará como parte del Servicio prestado un (01) desayuno snack nutritivo consistente en un jugo de frutas 16 onzas, una barra de cereal, un sándwich triple de jamón, queso y palta, una fruta de la estación y una taza de infusión o café adjuntando sobres de azúcar rubia o edulcorante, lo cual no implicará un incremento en el monto estimado referencial y deberá presentar tres (03) opciones sujetas a evaluación previa por parte de Servicios Médicos.
- El CONTRATISTA asume la responsabilidad sobre los diagnósticos y/o hallazgos clínicos dados por su “staff” de profesionales, comprometiéndose al reembolso total de los gastos, en caso de que estos sean errados.
- El CONTRATISTA asume la responsabilidad sobre la custodia de los informes médicos de los trabajadores, debiendo ser archivados en las Historias Clínicas del CONTRATISTA, comprometiéndose a custodiarlas de acuerdo con el plazo establecido por la normativa vigente del Ministerio de Salud.
- El CONTRATISTA deberá asumir la responsabilidad por el trato confidencial de la información de los exámenes médicos ocupacionales de los trabajadores de PETROPERÚ y de la información a la que el CONTRATISTA tenga acceso y/o genere como resultado del Servicio prestado, así mismo cualquier otra relacionada. Esta obligación de confidencialidad continuará aún terminado y liquidado el contrato, bajo pena de acción legal por parte de PETROPERÚ.
- Queda establecido que toda información que PETROPERÚ entregue al CONTRATISTA para la ejecución del Servicio y no forme parte del Expediente de Contratación, debe ser devuelta, inclusive las que estén deterioradas.
- PETROPERÚ podrá solicitar al CONTRATISTA la contraprueba de algún análisis de laboratorio realizados como parte del control de calidad (hasta un máximo de 5% de la población de los trabajadores). La contraprueba será realizada en un laboratorio designado por PETROPERÚ y el costo será asumido por el CONTRATISTA.
- El personal en Enfermería o Técnico en Enfermería podrá apoyar en la realización de la prueba de Audiometría, previa presentación de sus certificaciones de capacitación al inicio del servicio:
- Audiometría: copia simple de certificado y/o diploma del Curso de Audiometría Basic Training o Audiometría CAOHC.
- Las pólizas de seguros deberán contratarse en compañías de seguros sujetas al ámbito de supervisión de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.
- Entregar a PETROPERÚ S.A. copia de las pólizas de seguros y comprobantes que certifiquen el pago de la prima de seguro.
- En el supuesto caso que las pólizas de seguros sean insuficientes o no puedan ejecutarse por cualquier motivo, ante la eventualidad de un siniestro, el Contratista asumirá directamente el pago de la indemnización a terceras personas, así como a PETROPERÚ S.A. y a su personal.
- En caso de siniestro, el importe del deducible será asumido por el Contratista. PETROPERÚ S.A., su personal y terceros afectados, serán íntegramente indemnizados.
- Es responsabilidad del CONTRATISTA obtener coberturas adicionales, a las señaladas anteriormente, cuando sea aplicable. La no contratación de las pólizas necesarias y adicionales no libera de responsabilidad al CONTRATISTA por los daños ocasionados a PETROPERÚ S.A. y/o a cualquier tercero que se vea afectado, siempre que le sean imputables.
- El Contratista deberá proporcionar a PETROPERÚ S.A. antes del inicio del contrato, prueba que ha obtenido las coberturas de seguro exigidas en este Apéndice. Dicha prueba deberá consistir en la presentación del original o copia certificada de las pólizas de seguro o certificados de seguros adecuados expedidos por la Compañía de Seguros, adjuntando copia del documento que acredite que se ha efectuado el pago de las primas correspondientes. En caso de que dichos documentos no hubiesen sido expedidos antes del inicio del contrato, el Contratista deberá presentar una carta de los aseguradores, en la que se declare que el seguro en referencia ha sido contratado y se encuentra en plena vigencia (Cobertura Provisional); al expedirse las pólizas de seguro, el Contratista deberá

presentar el original o copia certificada de las mismas, acompañadas de las constancias de pago correspondiente.

- El CONTRATISTA se obliga a cumplir con todas las condiciones, cargas y obligaciones estipuladas en las pólizas contratadas, a fin de garantizar que la cobertura se encuentre y mantenga siempre vigente. Caso contrario, la reposición de los daños directos y consecuenciales serán de entera responsabilidad del CONTRATISTA.
- La responsabilidad del CONTRATISTA no se limita al monto asegurado en las pólizas contratadas ni a sus coberturas; por lo que este responderá por todos los daños y perjuicios resultantes con ocasión de la prestación del Servicio.
- Todos y cada uno de los deducibles y el pago de las primas de seguros correspondientes a las pólizas mencionadas, serán asumidos por el CONTRATISTA y corren por cuenta y riesgo de estos.
- Independientemente de los requerimientos de los seguros a ser contratados, según este Apéndice, la insolvencia, quiebra o falta de pago de los reclamos que surjan en virtud del contrato por parte de la compañía de seguros, no deberá ser interpretada como una renuncia a cualquiera de las disposiciones del contrato, y la existencia de las coberturas de seguro requeridas en el presente documento no será interpretada de ninguna manera como una limitación de la responsabilidad que deberá asumir el Contratista hacia PETROPERÚ S.A. y/o a cualquier otra persona, resultante de sus operaciones en virtud del contrato o relacionado de alguna otra manera con el contrato.

NOTA: Lo indicado anteriormente no exime al originador de exigir otras condiciones para la buena ejecución del servicio/obra, tales como garantías, seguros y otros.]

6.9 OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE PETROPERU

- PETROPERÚ se reserva el derecho de confrontar la calidad de los exámenes médicos realizados a sus trabajadores, de ser necesario.
- PETROPERÚ se reserva el derecho de designar a terceros para verificar la correcta prestación del Servicio y el cumplimiento de los aspectos técnicos del contrato, sin perjuicio de la responsabilidad de EL CONTRATISTA.
- PETROPERÚ efectuará el control de calidad del Servicio supervisando en cualquier momento y de manera inopinada las instalaciones del CONTRATISTA, con el objetivo de verificar el cumplimiento de la prestación del Servicio.
- PETROPERÚ entregará por vía virtual o en físico la carta de invitación y/o citación para su examen médico ocupacional a los trabajadores o postulantes.
- PETROPERÚ mantiene todos los derechos sobre la información a la que el CONTRATISTA tenga acceso y/o genere como resultado del Servicio prestado, así mismo cualquier otra relacionada.

VII. FORMATO PROPUESTA ECONOMICA DETALLADA

La propuesta económica detallada se realizará en base al Apéndice N° 01.

VIII. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DEL MEDIOAMBIENTE

- El Contratista deberá cumplir con lo establecido en el Manual Corporativo de Seguridad, El contratista deberá cumplir con lo establecido en el Manual Corporativo de Seguridad, El contratista deberá cumplir con las normas de seguridad con la legislación vigente relacionada a la seguridad, salud ocupacional y protección ambiental como:
 - D.S. N°005-2012-TR: Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 - Ley N°29783: Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- El contratista deberá implementar las medidas de seguridad, salud en el trabajo y protección ambiental, a fin de evitar accidentes, incidentes o impactos ambientales durante la ejecución de los trabajos.
- En Concordancia con el requisito 4.4.2 Competencia, Formación y Toma de Conciencia de la Norma ISO 14001, y el proceso de la Mejora Continua y Mantenimiento del Sistema de Gestión Ambiental, el CONTRATISTA deberá tomar en cuenta los siguientes Aspecto Ambientales inherentes a la realización del servicio: Consumo de Recursos; Potenciales Derrames de Hidrocarburos en Tierra; Potenciales Incendios; Potenciales Explosiones; Generación Almacenamiento y Disposición de Residuos Peligrosos; Generación, Almacenamiento y Disposición de Residuos No Peligrosos.
- El CONTRATISTA es responsable de que su personal tome conciencia de las actividades que realizarán, evitando de esta manera condiciones ambientales anormales.
- El personal del CONTRATISTA está obligado a cumplir con las normas de seguridad contempladas en la Ley N° 29783 Ley de la Seguridad y Salud en el Trabajo y el Decreto Supremo N° 043-2007-EM “Reglamento de Seguridad para las actividades de Hidrocarburos”

8.1. CLÁUSULAS Y PENALIDADES DE AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA NUEVOS CONTRATOS DE SERVICIOS Y OBRAS

1. Las presentes cláusulas y penalidades de Ambiente, Seguridad y Salud en el Trabajo se deben aplicar para los nuevos contratos de servicios y obras que se lleven a cabo en las instalaciones de PETROPERÚ o de terceros donde PETROPERÚ brinde un servicio operativo.
2. Cualquier modificación de las cláusulas y penalidades, durante el proceso de elaboración de Condiciones Técnicas, absolución de consultas o integración de bases, será coordinada con la Jefatura QHSSE Refinación Talara, dejando constancia de dicha coordinación a través de una evidencia objetiva (correo electrónico, memorando y/o informe).
3. PETROPERÚ aplicará penalidades que serán deducidas de las facturaciones mensuales o de garantías de fiel cumplimiento del contratista.
4. En caso, un mismo incumplimiento califique para la aplicación de más de una penalidad, se aplicará aquella de mayor monto.
5. Las penalidades se ejecutarán en base a la valorización mensual (monto contractual).
6. El monto máximo de la acumulación de penalidades aplicable por parte de PETROPERÚ en un mes a la CONTRATISTA será hasta un equivalente del 10% de la valorización mensual.
7. En caso las penalidades acumulen el 10% del monto contractual total, el administrador de contrato evaluará resolver el contrato; sin perjuicio de ello, aun cuando se decida no resolver el contrato, se seguirán aplicando las penalidades.
8. El listado de penalidades para el presente servicio es el siguiente:

Descripción del Evento Por Penalizar		Requerimiento Legal Relacionado	Aplicación de Penalidad *	Penalidad (% del monto contractual, incluye impuestos)
1	Adulteración de documentos y/o documentación vencida.		Por evento	0.3%
2	Acto doloso (hurto de cualquier tipo, soborno, complicidad u otro).		Por evento	1%
3	No realizar un adecuado acopio, almacenamiento temporal, transporte, tratamiento y/o disposición final de los residuos sólidos generados como resultado del desarrollo de sus actividades en áreas operativas o tópicos médicos, según aplique al tipo de residuo y al alcance del trabajo a cargo del contratista	Ley 27314	Por evento	0.5%

DEFINICIONES APLICABLES AL CUADRO DE PENALIDADES:

Penalidad por Evento: En caso un tipo de incumplimiento sea detectado dos o más veces durante el desarrollo de una misma acción de supervisión, se aplicará una única penalidad, la cual corresponderá al evento detectado en su conjunto. Si se verifica la reincidencia del incumplimiento durante una acción de supervisión posterior, ésta dará lugar a la imposición de una nueva penalidad

8.2. IMPLEMENTACIÓN DE AUTORIDAD PARA DETENER TRABAJOS (STOP WORK)

De acuerdo con lo establecido en el Art. 63 de la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, cuyo texto indica “El empleador establece las medidas y da instrucciones necesarias para que, en caso de un peligro inminente que constituya un riesgo importante o intolerable para la seguridad y salud de los trabajadores, estos puedan interrumpir sus actividades, e incluso, si fuera necesario, abandonar de inmediato el domicilio o lugar físico donde se desarrollan las labores. No se pueden reanudar las labores mientras el riesgo no se haya reducido o controlado”. En esta línea, PETROPERÚ ha implementado la autoridad para detener trabajos, denominada “STOP WORK”, cuya aplicación se ejecuta siempre y cuando no se haya llegado a un acuerdo en controlar el peligro que constituye un riesgo al personal; esta búsqueda del respectivo control se lleva a cabo en el proceso de intervención mediante el uso de la Tarjeta PETROPERÚ T-Cuida o similares, relacionados con el enfoque de Seguridad Basada en el Comportamiento, en cuyo sentido todo trabajador no solo tiene el derecho sino la obligación de detener el trabajo si las condiciones no son seguras para quien lo ejecuta o para los trabajador que se encuentran cerca.

IX. APÉNDICES

- Apéndice N° 01: Propuesta Económica.
- Apéndice N° 02: Experiencia del postor
- Apéndice N° 03: Historia ocupacional
- Apéndice N° 04: Ficha dermatológica
- Apéndice N° 05: Ficha neurológica
- Apéndice N° 06: Test para trabajos en altura estructural
- Apéndice N° 07: Test para trabajos en espacios confinados
- Apéndice N° 08: Ficha de evaluación musculo esquelética
- Apéndice N° 09: Cuestionario de audiometría
- Apéndice N° 10: Hoja de ruta
- Apéndice N° 11: Determinación del Nivel de Riesgo de Actividades
- Apéndice N° 12: Prevención del lavado de activos y financiamiento del terrorismo, de delitos de corrupción y de gestión antisoborno
- Apéndice N° 13: Política de Prevención de Lavado de Activos y de Financiamiento del Terrorismo, de Delitos de Corrupción y de Gestión Antisoborno
- Apéndice N° 14: Cláusula Sistema de Integridad.
- Apéndice N° 15: Política de Gestión Integrada de la Calidad, Ambiente, Seguridad de procesos, Seguridad y salud en el Trabajo
- Apéndice N° 16: Declaración Jurada de Implementación de un Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo
- Apéndice N° 17: Declaración Jurada de Implementación de Paralización de Trabajos por riesgo inminente.
- Apéndice N° 18: Inducción específica del área de trabajo

ELABORADO POR:

REVISADO POR:

Jaime Takayama Sandoval
Supervisor Salud Ocupacional OLE

Luis A. Del Águila García
Jefe (e) Recursos Humanos OLE

APROBADO POR:

Miguel Manrique Henríquez
Jefe (e) Recursos Humanos RTL

**APÉNDICE N° 01
PROPUESTA ECONÓMICA
ÍTEM N° 03**

Ciudad,de..... de 2024

Señores:
Petróleos del Perú Petroperú S.A.

Referencia: “SERVICIO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO 2024 PARA LOS TRABAJADORES DE REFINERIA TALARA – LOTES Y OPERACIONES OLEODUCTO”

Estimados señores:

El presente tiene por objeto alcanzar nuestra propuesta económica, para la prestación del servicio de la referencia. En tal sentido, nuestra propuesta a Precios Unitarios es la siguiente:

PARTIDA	DETALLE	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IGV	PRECIO TOTAL
1.0	Evaluación Médica General y Examen Físico				
1.1.	Entrevista y Examen Físico General Evaluación Músculo Esquelética	90			
1.2.	Examen Dermatológico	90			
1.3.	Evaluación neurológica Evaluación: pares craneales, memoria, equilibrio, reflejos y sensibilidad Test para trabajos en altura estructural (mayor a 1.8 metros) Test para Trabajos en Espacios confinados	90			
2.0	Evaluación Oftalmológica:				
2.1.	Agudeza Visual y Refracción Examen de Campo Visual (Campimetría) Oftalmoscopia (Fondo de Ojo) Evaluación de cámara anterior con lámpara de hendidura Tonometría Computarizada Apreciación de Colores Examen Estereoscópico	90			
3.0.	Evaluación Otorrinolaringológica:				
3.1.	Evaluación médica especializada por Otorrinolaringología, que incluye: Otoscopia	70			
3.2.	Audiometría en Cabina	70			
4.0.	Evaluación Neumológica:				
4.1.	Evaluación médica especializada en neumología, que incluye Examen de tórax (aparato respiratorio) Evaluación radiográfica de tórax	90			
4.2.	Espirometría	70			
5.0.	Evaluación Cardiovascular:				
5.1.	Evaluación médica especializada en Cardiología Examen Cardiovascular Electrocardiograma	90			
5.2.	Prueba de Esfuerzo Físico (solo mayores 40 años) o, aquellos trabajadores menores de 40 años con Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 30 y/o antecedente de cardiopatía, de acuerdo con la programación	86			
6.0.	Evaluación Urológica				
6.1.	Evaluación médica especializada en Urología Examen de genitales externos y tacto rectal	71			
7.0.	Evaluación Ginecológica				
7.1.	Evaluación médica especializada en Ginecología Examen genitourinario, uretra posterior, genitales internos y externos Examen ginecológico (incluye examen de mamas) Papanicolaou	8			

8.0.	Evaluación Psicológica:				
8.1.	- Entrevista y evaluación psicológica especializada - Aplicación del examen psicológico ocupacional en sus aspectos cognitivos, afectivos emocionales, que deberá estar acorde a las normas de salud ocupacional vigentes (Escala de Ansiedad y Depresión SRQ - 18).	90			
8.2.	Test de Fatiga y Somnolencia de Epworth Estrés y Fobias	70			
9.0.	Laboratorio:				
9.1.	Biometría Sanguínea				
	Conteo de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Hemoglobina, hematocrito e índices eritrocíticos (VCM, HCM y CHCM)	90			
9.2.	Bioquímica Sanguínea:				
	Glucosa	90			
	Hemoglobina Glicosilada (solo mayores 40 años)	76			
	Ácido Úrico	90			
9.3.	Pruebas de Función Renal:				
	Creatinina Sérica	90			
	Urea Sérica	90			
9.4.	Perfil Lipídico:				
	Colesterol total/HDL/LDL/VLDL Triglicéridos Riesgo Coronario	90			
9.5.	Pruebas Hepáticas:				
	Transaminasas: TGP y TGO Fosfatasa Alcalina	90			
9.6.	Dosaje de Antígeno Prostático Específico (PSA)	71			
9.7.	Examen de Orina:				
	Examen Completo de Orina y Sedimento Urinario	90			
9.8.	Thevenon en heces	76			
10.0.	Exámenes por Imágenes				
10.1.	Radiografía de Tórax (postero-anterior)	90			
10.2.	Ecografía abdomino-pélvica completa	90			
TOTAL GENERAL S/					

Son: S/. (/100 Soles), incluido el I.G.V.

Atentamente,

Firma:

Nombre:

Nº Doc. Identidad y Sello del Representante Legal del Postor.

**APÉNDICE N° 02
EXPERIENCIA DEL POSTOR**

RELACIÓN DE LOS PRINCIPALES SERVICIOS PRESENTADOS POR EL POSTOR

Lugar, XX de XXXXXXXX de 2024

Señores:
Petróleos del Perú Petroperú S.A.

Presente. -

Referencia: “SERVICIO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO 2024 PARA LOS TRABAJADORES DE REFINERIA TALARA - LOTES Y OLEODUCTO”

<u>ÍTEM</u>	<u>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</u>	<u>EJECUTADO A FAVOR DE</u>	<u>FECHA DE INICIO DEL SERVICIO</u>	<u>FECHA DE TÉRMINO DEL SERVICIO</u>	<u>DOCUMENTO SUSTENTATORIO (Orden de Trabajo / Contrato / Facturas)</u>	<u>MONTO DEL SERVICIO (Con IGV)</u>
<u>1</u>						
<u>2</u>						
<u>3</u>						
<u>4</u>						
<u>5</u>						
<u>6</u>						
<u>7</u>						
<u>8</u>						
<u>9</u>						
<u>10</u>						

Nombre, firma y sello del Gerente o Funcionario autorizado

APÉNDICE N° 03 HISTORIA OCUPACIONAL

Logo de la Clínica	Empresa		PETROLEOS DEL PERU PETROPERU S.A.		
	H.C.L. N°		Fecha		
	Tipo de examen:		<input type="checkbox"/> Pre empleo	<input type="checkbox"/> Retiro	

I. Datos de Identificación

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	F. de Nac.	Edad	Genero
					M <input type="checkbox"/>
					F <input type="checkbox"/>
Profesión:			Ocupación:		
Dirección:			Teléfono:		Correo Electrónico:

II. Descripción Laboral (Solo examen de retiro, último puesto desempeñado)

Nombre del Puesto / Cargo	Dependencia	F. de Ingreso	Nº de horas x sem	Tipo de horario
				Diurnista <input type="checkbox"/>
				Turnista <input type="checkbox"/>

III. Historia Ocupacional y Exposición

Empresa Labora / Laboró	Cargo	Tiempo	EPP		Factores de Riesgo						
			SI	NO	Físicos	Químicos	Biológicos	Ergonom.	Psicosocial	Lev. Carga	

IV. Antecedentes de Enfermedades y/o Accidentes Ocupacionales

Enfermedad Profesional	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Diagnóstico	
Empresa			Fecha de Dx	
Accidente de Trabajo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Diagnóstico	
Breve descripción del accidente				
Fecha del Accidente			Días de Incapacidad	
Empresa			Fecha de Dx	

V. Observaciones

APÉNDICE 04 FICHA DERMATOLÓGICA

Logo de la clínica

FICHA DE EVALUACIÓN DERMATOLÓGICA

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:		N° HC:	
Empresa: PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A		Edad:	
Puesto de trabajo:		Sexo:	
Fecha:		DNI:	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

PARA EL TRABAJADOR:

¿Sufre usted de enfermedades de la piel?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Diagnóstico: _____
¿Actualmente tiene alguna lesión (ampolla, escamas, rascado) en la piel?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde?: _____
¿Presenta algún cambio de coloración en la piel?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Desde cuándo?: _____
Estas lesiones, ¿se repiten varias veces al año?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
¿Usted tiene enrojecimiento en alguna zona del cuerpo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
¿Tiene comezón?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde?: _____
¿Presenta hinchazón en alguna parte del cuerpo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde?: _____
¿Sufre de Rinitis alérgica o Asma?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
¿Usa Equipos de Protección Personal?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo?: _____
¿Presenta cambios en las uñas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
¿Está tomando alguna medicación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?: _____

DESCRIBA EN CASO DE TENER UNA RESPUESTA POSITIVA:

PARA EL MÉDICO:

1. ¿El paciente al examen médico físico presenta alguna lesión sugerente de Dermatopatía? SI ☐ NO ☐
 2. ¿El paciente necesita ser evaluado por médico dermatólogo para la realización de las siguientes pruebas: SI ☐ NO ☐
- Prueba de Sensibilidad mucocutánea, Luz de Wood o Maniobra de Nikolsky?

RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES:

FIRMA PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 05 FICHA NEUROLÓGICA

Logo de la clínica

FICHA DE EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:		N° HC:	
Empresa:	PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A		Edad:
Puesto de trabajo:			Sexo:
Fecha:			DNI:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: _____

ANAMNESIS:

¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades?:	SI _____ NO _____	Especificar: _____
Aneurismas:	SI _____ NO _____	Especificar: _____
Enfermedades degenerativas neuromusculares:	SI _____ NO _____	Especificar: _____
Enfermedades degenerativas cerebelosas:	SI _____ NO _____	Especificar: _____
Accidentes cerebrovasculares (ACV):	SI _____ NO _____	Especificar: _____
Pérdida de memoria:	SI _____ NO _____	Especificar: _____
Vértigos/Mareos:	SI _____ NO _____	Especificar: _____
Síncope/Pérdida de conciencia:	SI _____ NO _____	Especificar: _____
Crisis convulsivas:	SI _____ NO _____	Especificar: _____
Temblores:	SI _____ NO _____	Especificar: _____
¿Refiere síntomas de afectación Neurológica?: _____		

EXAMEN NEUROLÓGICO Y PRUEBAS DE EQUILIBRIO

1. Facies: _____
2. Actitud de Pie: _____
3. Marcha: _____
4. Conciencia/Orientación/Memoria: _____
5. Lenguaje: _____
6. Coordinación estática y dinámica:

- Romberg simple: _____	- Romberg sensibilizado: _____
- Índice de Bárány: _____	- Índice-índice: _____
- Índice-nariz: _____	- Talón-rodilla: _____
- Diadococinesia: _____	
7. Motilidad Voluntaria:
 - 7.1. Activa:
 - Movimientos activos, fuerza muscular, maniobras de Barré y Mingazzini: _____
 - Fuerza muscular (caminar sobre las puntas, caminar sobre los talones): _____
 - Maniobras de Barré y Mingazzini: _____
 - 7.2. Motilidad Pasiva:
 - Tono muscular: _____
 - Maniobras de Kernig y Brudzinski: _____
8. Involuntaria (tics, temblores, convulsiones, corea, fasciculaciones, etc): _____

9 Reflejos: (de acuerdo a escala de 4 cruces)

	Bicipital	Tricipital	Radial	Rotuliano
Derecho				
Izquierdo				

10 Pares Craneales:

- I Olfatorio: _____
- II Óptico: (evaluado por Oftamología) _____
- III Oculomotor: _____
- IV Troclear: _____
- V Trigémino: _____
- VI Abducens: _____
- VII Facial: _____
- VIII Vestibulococlear: _____
- IX Glossofaríngeo: _____
- X Vago: _____
- XI Accesorio (Espinal): _____
- XII Hipogloso: _____

CONCLUSIONES: _____

RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES: _____

 FIRMA PACIENTE

 FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 06
TEST PARA TRABAJOS EN ALTURA ESTRUCTURAL

LOGO DE LA CLINICA EVALUADORA

**TEST PARA TRABAJOS EN
ALTURA ESTRUCTURAL**

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:		N° HC:	
Empresa:	PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A.		Edad:
Puesto de trabajo:			Sexo:
Fecha:			DNI:
ANTECEDENTES PERSONALES (Referidos por el trabajador)			
	SI	NO	
Diabetes mellitus o Hipoglicemia			
Enfermedad vertiginosa			
Enfermedad convulsiva			
Medicamentos que produzcan somnolencia, mareos o afecten el estado vigilante			
Alteración de la agudeza visual (de lejos) y/o de la visión de profundidad			
Enfermedad cardiovascular, arritmias, hipotensión arterial, hipertensión arterial			
Enfermedad o alteración en la columna o miembros superiores o inferiores			
Miedo a trabajar en altura, se mareo, ve borroso, siente que se va a caer			
Alcoholismo o abuso de sustancias (adicción)			
Observaciones (especificar si trabajador usa lentes, toma medicamentos, etc.):			
HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO			
CARDIOVASCULAR			
NEUROLÓGICO			
OSTEOMUSCULAR			
EXTREMIDADES			
MARCHA			
PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA EVALUAR ALTERACIÓN VESTIBULAR			
DIX HALLPIKE			
BARANY			
VESTIBULO OCULAR			
ROMBERG			
UNTERBERGER			
BABINSKY-WEILL			
BARRÉ			
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL PARA EL TRABAJO			

APTO

NO APTO

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE HA PROPORCIONADO ES VERDADERA, NO HABIENDO OMITIDO NINGÚN DATO VOLUNTARIAMENTE. NOTA: PROPORCIONAR FALSA INFORMACIÓN AL EMPLEADOR ESTÁ TIPIFICADA COMO FALTA GRAVE, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL INCISO D DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY DE PRODUCTIVIDAD Y COMPETITIVIDAD LABORAL.

FIRMA DE PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 07

TEST PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

LOGO DE LA CLINICA EVALUADORA

TEST PARA TRABAJOS EN
ESPACIOS CONFINADOS

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:		N° HC:	
Empresa:		Edad:	
Puesto de trabajo:		Sexo:	
Fecha:		DNI:	

	SI	NO		SI	NO
1. HISTORIA PSICOSOCIAL					
¿Tienes miedo a la altura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Eres ansioso o nervioso? Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes miedo a la los sitios cerrados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes dificultad para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes algún tipo de fobia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tomas algún calmante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ANAMNESIS GENERAL					
¿Tienes algún tipo de limitación de movimiento en las manos, brazos u hombros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tomas algún anticonvulsivante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describe:			¿Sufres de presión alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes caimores, entumecimiento o nincnazon en las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes algún problema en el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes dificultad para oír?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuviste alguna arritmia cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describe:			¿Tienes diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hiciste audiometría alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tomas regularmente algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuál ha sido el resultado?			En caso afirmativo, ¿cuál?:		
¿Tienes alguna dificultad de equilibrio o laberintitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has golpeado alguna vez la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describe:			¿Has sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes dificultad para ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, describe:		
En caso afirmativo, describe:			¿Tienes alguna alergia, incluso a medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes algún problema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, describe:		
En caso afirmativo, describe:			¿Tienes o has tenido anemia u otra anomalía en la	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes algún tipo de enfermedad neurológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, describe:		
Epilepsia, convulsiones, desmayos frecuentes, temblores visibles y frecuentes			¿Llevas gafas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describe:					
3. Hábitos					
¿Fumas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Bebes alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usas drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?:		

Declaro que he leído y comprendido las informaciones indicadas anteriormente y que informo la verdad. Tengo conocimiento de que la omisión de informaciones puede representar un riesgo inminente para mi salud.

ESPIROMETRÍA:

PRUEBA DE ESFUERZO:

LIMITACIONES PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS: SI ☐ NO ☐

FIRMA DE PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 08

















FICHA DE EVALUACION MUSCULO ESQUELETICA

Logo de la Clínica Evaluadora













FICHA DE EVALUACIÓN MUSCULO - ESQUELETICA

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:			N° HC:
Empresa:			Edad:
Puesto de trabajo:			Sexo:
Fecha:	Lateralidad:	D	I
			DNI:

1. EXPLORACIÓN FISICA

	Excelente: 1	Promedio: 2	Regular: 3	Pobre: 4	Puntos	Observaciones
Flexibilidad / fuerza ABDOMEN						
CADERA						
MUSLO						
ABDOMEN LATERAL						
TOTAL						

(*) Colocar el grado que corresponda a la capacidad del paciente

RANGOS ARTICULARES	Óptimo: 1	Limitado: 2	Muy limitado: 3	Puntos (**)	Dolor contra resistencia SI/NO (**)	
Abducción de hombro (Normal 0° - 180°)					D	
					I	
Abducción de hombro (0° - 60°)					D	
					I	
Rotación externa (0° - 90°)					D	
					I	
Rotación interna de hombro					D	
					I	
TOTAL						

(**) Repetir cada movimiento contra resistencia leve a moderada y evaluar fortaleza y presencia de dolor.

2. TEST ESPECÍFICOS

Miembros Superiores		+/-		+/-
Test de Phalen	D		Signo de Neer(**)	D
	I			I
Test de Tinel	D		Test del brazo caído(**)	D
	I			I

Miembros Inferiores		Positivo	Negativo
Lassegue	D		
	I		
Schober			

Signo de Finkelstein	D	
	I	

(**) Aplica para trabajadores que realizan labores operativas en Refinería y Plantas.

3. SIMETRÍA DE MIEMBROS A LA ECTOSCOPIA

3.1. Miembros Superiores: Normal ☐ Anormal: ☐ Observaciones: _____

3.2. Miembros Inferiores: Normal ☐ Anormal: ☐ Observaciones: _____

4. MOVILIDAD - DOLOR (Valorar según Escala de EVA)

COLUMNA VERTEBRAL	Flexión	Extensión	Lateralización Derecha	Lateralización Izquierda	Rotación Derecha	Rotación Izquierda	Dolor (0-4)	Irradiación
Cervical								
Lumbar								

		FLEXIÓN	EXTENSIÓN
RODILLA	Derecha		
	Izquierda		

		DORSIFLEXIÓN	FLEXIÓN PLANTAR
TOBILLO	Derecho		
	Izquierdo		

Limitación funcional a los movimientos de:

Columna Cervical:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Columna Lumbar:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Rodilla Derecha:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tobillo Derecho:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tobillo Izquierdo:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

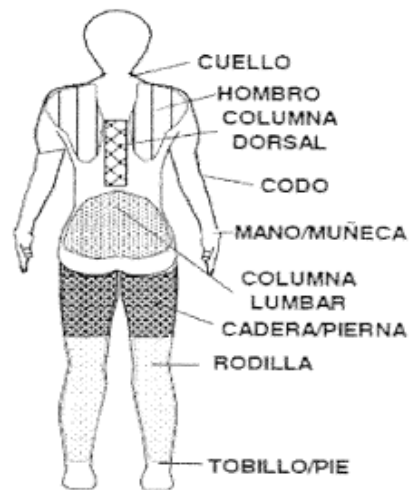
5. PALPACIÓN

COLUMNA VERTEBRAL	APÓFISIS ESPINOSAS DOLOROSAS	CONTRACTURA MUSCULAR
Cervical		
Dorsal		
Lumbar		

CUESTIONARIO NORDICO DE SÍNTOMAS MUSCULO TENDINOSOS

	CUELLO	HOMBRO	DORSAL O LUMBAR	CODO O ANTEBRAZO	MUÑECA O MANO
1. ¿Ha tenido molestias en?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/>
Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta					
2. ¿Desde hace cuánto tiempo?	< a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/>	< a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/>	< a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/>	< a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/>	< a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta					
5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6. ¿Cuánto dura cada episodio?	< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/>

7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes		0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes		0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes		0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes		0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes	
8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
10. Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
11. ¿A que atribuye estas molestias?										



CONCLUSIONES OSTEOMUSCULARES:

RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES:

FIRMA PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 09 CUESTIONARIO DE AUDIOMETRIA

LOGO DE CLINICA EVALUADORA

**FICHA DE EVALUACIÓN
AUDIOMÉTRICA**

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:		SCCO:	
Empresa:		Edad:	
Puesto de trabajo:		Sexo:	
Fecha:	Fecha última audiometría:	DNI:	

I. HISTORIA LABORAL:

Ha realizado trabajos anteriores con exposición al ruido:

SI _____ NO _____

En caso afirmativo detallar tipo de trabajo: _____

Número de años que duró la exposición anterior: _____

Tipo de ruido: _____ Tiempo de exposición en N° de horas: _____ (Diarias), (Semanales) _____

II. EXPOSICIÓN ACTUAL:

Antigüedad en el puesto: _____ Horas de exposición a ruido: _____

Tipo de ruido: _____

Utiliza medidas de protección auditiva otorgada por su empresa: Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

Tipo de protección auditiva que utiliza:

Tapones moldeables _____ Auriculares _____

Tapones pre moldeables _____

III. EXPOSICIÓN LABORAL A SUSTANCIAS TÓXICAS

Monóxido de carbono SI _____ NO _____ Hidrocarb. aromáticos (Xileno), (Tolueno), (Benceno) SI _____ NO _____

Químicos industriales (plomo, mercurio) SI _____ NO _____ Solventes orgánicos SI _____ NO _____

IV. EXPOSICIÓN A RUIDO EXTRALABORAL

Motorismo _____ Discoteca _____ Buceo _____ Caza _____ Servicio Militar con armas de fuego _____

Uso de auriculares para música NO _____ SI _____ ¿Cuántas horas al día? (Diarias), (Semanales) _____

V. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Familiares con problemas de sordera u otras afecciones ORL: SI _____ NO _____

En caso de ser positivo, detallar: _____

VI. ANTECEDENTES PERSONALES:

Uso de medicamentos Ototoxicos (que causan daño al oído):

Tratamientos con antituberculosos: SI _____ NO _____ Bactrim SI _____ NO _____

Salicatos, aspirinas (>4 día): SI _____ NO _____ Ibuprofeno SI _____ NO _____

Aminoglucósidos (Gentamicina, Amikacina): SI _____ NO _____ Furosemida SI _____ NO _____

Fuma: SI _____ NO _____ Cantidad: _____

Bebe: SI _____ NO _____ Cantidad: _____

Cirugía de oído (timpanoplastia, mastoidectomía, estapedectomía) SI _____ NO _____

A padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades:

Traumatismos craneales _____ Paperas _____ Sarampión _____ Rubéola _____

Otitis media recurrente _____ Otitis media supurativa crónica _____ Hipoacusia _____

Traumatismos directos en el oído _____ Fiebre tifoidea _____

Actualmente, padece de alguna de las siguientes enfermedades:

Hipertensión arterial: SI ☐ NO ☐ Presión arterial actual: _____

En caso de ser positivo, qué medicamento toma: _____

Diabetes mellitus: SI ☐ NO ☐

En caso de ser positivo, qué medicamento toma: _____

VI. ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

Acúfenos (zumbidos): SI ☐ NO ☐

Otalgia: SI ☐ NO ☐

Vértigo: SI ☐ NO ☐

Otorrea: SI ☐ NO ☐

VII. CONDICIONES PREVIAS AL EXAMEN:

Reposo auditivo previo audiometría (14 hrs.): SI ☐ NO ☐

Ha viajado en avión las últimas 48 hrs.: SI ☐ NO ☐

Exposición a altura (>200 mts) las últimas 48 hrs.: SI ☐ NO ☐

Buceo a profundidad (<2000 mts) las últimas 48 hrs.: SI ☐ NO ☐

VIII. ESTADO ACTUAL DE AUDICIÓN:

Oye bien: SI ☐ NO ☐

¿Si no oye bien, desde cuando? _____

¿Hace repetir las conversaciones con frecuencia? SI ☐ NO ☐

¿Debe aumentar el volumen de la TV? SI ☐ NO ☐

¿Le molestan los ruidos intensos? SI ☐ NO ☐

¿Actualmente presenta alguna infección respiratoria SI ☐ NO ☐

FIRMA DE PACIENTE

FIRMA Y SELLO MÉDICO

APÉNDICE 10 HOJA DE RUTA

Logotipo de la Clínica Evaluadora						HOJA DE RUTA					
Pre - Ocupacional:		Ocupacional:		Retiro:		Otros:					
Apellidos y Nombres:						N° HC:					
Dirección:						Fecha Nacimiento:					
Empresa:						PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A		Edad:			
Puesto de trabajo:						DNI:					
Fecha:		Hora de llegada:		Hora de salida:		Teléfono:					
Peso (Kg):		Talla (m):		IMC (Kg/m2):		Perímetro abdominal (cm):					
FC (l/m):		FR (r/m):		PA (mmHg):		Perímetro Torácico (cm):					
SpO2 (%):		Índice Cintura/Cadera:				Temperatura (°C):					
MANEJA VEHICULO DE LA EMPRESA:						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TIPO:			
CONSULTORIOS ESPECIALIZADOS											
EVALUACIÓN	FIRMA ESPECIALISTA		HORA		EVALUACIÓN	FIRMA ESPECIALISTA		HORA			
Triaje					Psicología (Escala de ansiedad y depresión SRQ-18)						
Medicina Ocupacional (incluye evaluación osteomuscular)					- Test de fatiga y somnolencia de Epworth						
- Evaluación Neurológica					- Test de fobias						
- Test para trabajos en espacios confinados					Cardiología						
- Test para trabajos en altura estructural					Electrocardiograma (EKG)						
- Evaluación Dermatológica					Prueba de Esfuerzo Graduada						
Otorrinolaringología					Neumología						
Audiometría					Ecografía abdomino-pelvica						
Oftalmología					Radiografía Lumbo Sacra						
Radiografía de Tórax PA					Radiografía de Tórax OIT						
EXAMENES DE LABORATORIO											
MUESTRA DE SANGRE		FECHA Y FIRMA		MUESTRA DE ORINA		FECHA Y FIRMA		MUESTRA DE HECES		FECHA Y FIRMA	
OBSERVACIONES											

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DE ACTIVIDADES

Tabla 01
“Listado de Actividades”

Tipo Empresa	Actividad	Nivel de Riesgo
A	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Actividades que involucren trabajos críticos: caliente; espacios confinados; excavación mayor a 1.2 m; gammagrafía Industrial; energías peligrosas, trabajos en altura; izaje de cargas.</u> • <u>Inmersión / Buceo.</u> • <u>Mantenimiento de equipo presurizados.</u> • <u>Trabajos con grúas cerca de líneas de poder.</u> • <u>Movimientos de tierra con maquinaria pesada.</u> • <u>Manejo de vehículos de flota pesada.</u> • <u>Servicios Médicos.</u> • <u>Retiro de asbestos / borra / residuos peligrosos.</u> • <u>Trabajos con exposición a riesgo biológico al COVID19</u> • <u>Trabajos eléctricos de media y alta tensión • Instalación, mantenimiento o reparación de equipos mayores (parada de planta, tanques, etc).</u> • <u>Transporte de materiales peligrosas (terrestre, aéreo o fluvial)</u> • <u>Tunelación o Tunelado</u> • <u>Desbroce en lugares remotos</u> • <u>Recepción, almacenamiento y despacho de hidrocarburo.</u> 	Alto
A	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Mantenimiento de ascensores.</u> • <u>Recarga y almacenamiento de gases comprimidos.</u> • <u>Obras civiles mayores.</u> 	Alto
B	<p>Servicios generales con baja probabilidad de impactar a la seguridad de procesos, bajo potencial de exposición a riesgos de salud, pero alto potencial de exposición a riesgos de seguridad personal (no fatales). Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Manejo de residuos no peligrosos</u> • <u>Supervisión / Inspección.</u> • <u>Limpieza Industrial.</u> • <u>Monitoreos ambientales y ocupacionales.</u> • <u>Movimiento de tierras manual.</u> • <u>Pintura.</u> • <u>Instalación, mantenimiento o reparación de equipos menores.</u> • <u>Trabajos eléctricos con baja tensión.</u> • <u>Obras civiles menores, cuyo valor no exceda las 10 UIT o los 30 m2.</u> • <u>Plomería.</u> • <u>Mantenimiento de vehículos.</u> • <u>Jardinería.</u> • <u>Vigilancia.</u> • <u>Tratamiento de aguas residuales.</u> • <u>Operación de cisterna de vacío.</u> • <u>Disposición de residuos peligrosos y no peligrosos.</u> • <u>Remediación ambiental.</u> • <u>Precintado de vehículos cisterna.</u> • <u>Trabajos de excavación menores a 1,2 m.</u> • <u>Manejo de vehículos de flota liviana</u> 	Medio
C	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Trabajos administrativos, incluye trabajo remoto.</u> • <u>Consultorías o asesorías</u> • <u>Capacitaciones</u> • <u>Suministros de materiales e insumos</u> • <u>Proveeduría de alimentos</u> • <u>Control de vectores</u> • <u>Limpieza no industrial.</u> • <u>Facturación.</u> 	Bajo

Nota 1: En caso de realizarse dos o más actividades, prevalecerá la de mayor riesgo para su evaluación. Para el caso de asesorías, inspecciones o consultorías de campo, prevalecerá el nivel de riesgo de la actividad a desarrollar.

Nota 2: El listado de actividades no es limitativa, en caso de identificar una actividad nueva, esta deberá ser evaluada en conjunto con la Jefatura QHSSE de la Sede o quienes hagan sus veces en la organización.

Tabla 02
"Listado de Áreas"

Tipo de Empresa	Áreas	Clasificación de Riesgo
<u>A</u>	<ul style="list-style-type: none"> Almacenes industriales o de residuos peligrosos. Área de construcción del PMRT no liberadas (operativas) Áreas de procesos. • Instalaciones portuarias Laboratorios Oleoducto y derechos de vía Patio o islas de despacho de combustible Patio de tanques Rack de tuberías Pozas API Sub Estaciones Eléctricas Carretera 	<u>Alto</u>
<u>A</u>	<ul style="list-style-type: none"> Medios de transporte aéreo / fluvial Tópicos de Primeros Auxilios 	<u>Alto</u>
<u>B</u>	<ul style="list-style-type: none"> Almacén de chatarra / no industriales / residuos municipales Casas de bombas Cocinas / Comedores Containers de contratistas Estación contra incendio Estacionamientos Servicios industriales y facilidades Lagunas artificiales Salas de control Talleres de Mantenimiento Oficinas administrativas (parte externa) 	<u>Medio</u>
<u>C</u>	<ul style="list-style-type: none"> Área de atención de clientes o visitas Centrales Telefónicas Centrales CCTV Garitas de agentes de vigilancia Oficinas Administrativas (parte interna) Patios de bandera Salas de Recreación, gimnasios Aulas de Capacitación Servicios higiénicos Zonas de vivienda (oleoducto / punta arenas) Casa (trabajo remoto) 	<u>Bajo</u>

Nota 1: El listado de áreas no es limitativa, en caso no se haya identificado alguna área, esta debe ser evaluada en conjunto con la Jefatura QHSSE de la Sede o quienes hagan sus veces en la organización

Tabla 03 "Nivel de riesgo"

		<u>AREA</u>		
		<u>Bajo 1</u>	<u>Medio 2</u>	<u>Alto 3</u>
<u>ACTIVIDAD</u>	<u>Alto 3</u>	<u>Medio</u>	<u>Alto</u>	<u>Alto</u>
	<u>Medio 2</u>	<u>Medio</u>	<u>Medio</u>	<u>Alto</u>
	<u>Bajo 1</u>	<u>Bajo</u>	<u>Bajo</u>	<u>Medio</u>

Nota: El Factor de riesgo correspondiente a cada Empresa Contratista se calculará de la intersección de dos parámetros (Área vs Actividad).

PREVENCIÓN DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO, DE DELITOS DE CORRUPCIÓN Y DE GESTIÓN ANTISOBORNO**CLÁUSULA DE PREVENCIÓN LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO, DE DELITOS DE CORRUPCIÓN Y DE SOBORNO**

En virtud de la presente cláusula, el Contratista declara haber recibido y leído la Política de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo, de Delitos de Corrupción y de Gestión Antisoborno de PETROPERÚ adjunta al presente contrato; manifestando comprenderla y comprometiéndose a cumplirla, conjuntamente con sus socios o asociados, directores, integrantes de los órganos de administración, representantes legales, apoderados, y toda persona natural o jurídica que actúa por su cuenta o beneficio, por su encargo o en su representación; con énfasis en los siguientes aspectos:

1. Utilizar recursos en la ejecución del presente contrato y la totalidad de pagos o cualquier otra transferencia de recursos, incluyendo garantías reales, efectuadas en favor de PETROPERÚ S.A., que proceden de fondos lícitos.
2. No incurrir en delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo, o Corrupción bajo las formas de: Cohecho Activo Genérico, Específico o Transnacional, Tráfico de Influencias, Colusión Simple o Agravada, entre otros delitos que las leyes de la materia establezcan, tales como la Ley N° 30424 y sus normas modificatorias, en relación con la celebración y la ejecución del presente contrato.
3. No realizar, ofrecer, autorizar, solicitar o aceptar cualquier pago indebido o ilegal o, en general, cualquier beneficio indebido o ilegal o soborno, en relación con la celebración y la ejecución del presente contrato.
4. Que ni el, ni sus socios o asociados (con la titularidad del 10% o más de acciones o participaciones), directores y gerentes: a) Tienen condena, mediante sentencia firme, por delito de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo, delitos precedentes como Narcotráfico, Delitos Tributarios o Aduaneros, Minería Ilegal, Corrupción u otros que genere ganancias ilegales; Cohecho Activo Genérico, Específico y Transnacional, Tráfico de Influencias, Colusión Simple y Agravada o Soborno; en el ámbito nacional o internacional; b) Se encuentran comprendidos en la Lista OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros del departamento de Tesoro de los Estados Unidos de América), Lista de Terroristas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Lista relacionada con el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva emitida por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.
5. Prevenir el soborno, adoptando medidas técnicas, organizativas o de personal apropiadas para evitar acto o práctica indebidos o conductas ilícitas; en la materia sobre la que versa el presente contrato.
6. Poner a disposición de PETROPERÚ S.A. información veraz y completa, y en caso ésta sufra variaciones, presentar la información actualizada en un plazo de quince (15) días hábiles. PETROPERÚ S.A. puede solicitarla información que considere pertinente en cumplimiento de la legislación de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.
7. Comunicar a PETROPERÚ S.A. y las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o práctica indebidos o conductas ilícitas de la que tuviera conocimiento en relación con la celebración y la ejecución del presente contrato.

PETROPERÚ S.A. puede resolver en cualquier momento el presente Contrato de pleno derecho, mediante notificación escrita al Contratista si, respaldado por evidencias, considera que el Contratista ha incumplido cualquiera de los compromisos mencionados en esta cláusula, situando a PETROPERÚ S.A. frente a un riesgo legal, patrimonial o reputacional o que pueda generarle sanciones administrativas, civiles, penales; sin perjuicio de que PETROPERÚ S.A. brinde información a las autoridades competentes e inicie las acciones legales pertinentes, incluyendo las indemnizatorias que resulten aplicables.

POLITICA DE PREVENCIÓN DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO, DE DELITOS DE CORRUPCIÓN Y DE GESTIÓN ANTISOBORNO**POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO, DE DELITOS DE CORRUPCIÓN Y DE GESTIÓN ANTISOBORNO**

El Directorio de Petróleos del Perú (en adelante PETROPERÚ S.A.) dedicada a la refinación, distribución y comercialización de combustibles y productos derivados de los hidrocarburos, expresa su rechazo a todo acto o intento de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo; de Corrupción, bajo las formas de Cohecho Activo Genérico, Específico y Transnacional, Tráfico de Influencias, Colusión Simple y Agravada y otros; así como prohíbe todo acto o intento de Soborno; por parte de sus funcionarios, trabajadores y/o clientes, proveedores, socios o terceros relacionados; estando comprometido a que la Empresa cumpla las leyes de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo; de lucha contra la Corrupción y Antisoborno tales como la Ley de Prácticas Corruptas en el Extranjero de los Estados Unidos de 1977 (FCPA); así como los requisitos del Sistema de Gestión Antisoborno; manteniendo y cautelando la mejora continua del Sistema de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo en su calidad de Sujeto Obligado, conforme a la Ley 27693 y su Reglamento; del Sistema de Prevención de Delitos de Corrupción bajo los alcances de la Ley No. 30424 y normas modificatorias y reglamentarias; así como del Sistema de Gestión Antisoborno conforme a la Norma ISO 37001:2016; así como cualquier otra normativa que resulta aplicable.

En dicho marco, PETROPERÚ declara que no iniciará relaciones contractuales, laborales ni comerciales, con personas naturales o jurídicas, si éstas o algunos de sus Socios (con la titularidad del 10% o más de acciones o participaciones), Directores o Gerentes; han sido: i) Condenados, mediante sentencia firme, por delito de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo, delitos precedentes como Narcotráfico, Delitos Tributarios o Aduaneros, Minería Ilegal, Corrupción u otros que genere ganancias ilegales; Cohecho Activo Genérico, Específico y Transnacional, Tráfico de Influencias, Colusión Simple y Agravada, Soborno; en el ámbito nacional o internacional, durante el tiempo que dure la pena impuesta en la sentencia; y/o hubieran aceptado haber cometido tales delitos en dichos ámbitos, durante el lapso de 15 años desde la aceptación, salvo disposición legal en contrario; o, ii) Comprendidos en la Lista OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros del departamento de Tesoro de los Estados Unidos de América), Lista de Terroristas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Lista relacionadas con el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva emitida por el Consejo de Seguridad de la ONU; o, iii) Han presentado documentación falsa u omisiones en Declaración Jurada entregada a la Empresa, según lo previsto en el Código Penal Peruano, por el lapso de 6 años desde que se produjo el hecho.

El Directorio ha encargado al Oficial de Cumplimiento, para que juntamente con el ente colegiado; ejerza la supervisión de la implementación y el mantenimiento de los referidos Sistemas de Prevención y/o Gestión; debiendo velar porque goce de autoridad, autonomía e independencia para el ejercicio de sus funciones; reportándole el Oficial, de cualquier actuación, conducta, información o evidencia que pueda vulnerar la presente Política.

La Empresa promueve y garantiza la implementación y funcionamiento del Procedimiento de Planteamiento de Inquietudes (denominado "*Línea de Integridad*"), mediante consultas o denuncias de buena fe ante hechos o conductas sospechosas; garantizando la confidencialidad de estas, así como la protección ante cualquier tipo de represalias al denunciante.

Los trabajadores y/o terceros o partes interesadas que incumplan cualquiera de las disposiciones de esta Política serán sujetos, previa investigación, a las medidas administrativas, civiles, penales y/o acciones contractuales correspondientes.

Acuerdo de Directorio No. 031-2021-PP de fecha 18.03.2021.
LA EMPRESA.

CLÁUSULA DEL SISTEMA DE INTEGRIDAD

El Sistema de Integridad tiene como finalidad gestionar la ética e integridad en PETROPERÚ, asumiendo un compromiso con las normas del sistema, así como fortalecer la cultura ética basada en la política de tolerancia cero frente al fraude, a la corrupción y a cualquier acto irregular, proporcionando así las directrices a seguir para desarrollar acciones preventivas y detectar actos irregulares.

En ese sentido, el CONTRATISTA/CLIENTE se obliga al cumplimiento de lo dispuesto en: i) el Código de Integridad de PETROPERÚ; ii) la Política Corporativa de Integridad y Lucha contra la Corrupción y el Fraude y, iii) los lineamientos del Sistema de Integridad, en lo que le sea aplicable a las obligaciones a su cargo.

El Código de Integridad de PETROPERÚ, la Política Corporativa de Integridad y Lucha contra la Corrupción y el Fraude, así como los Lineamientos del Sistema de Integridad se encuentran publicados en el portal de PETROPERÚ, en el siguiente enlace:

<https://www.petroperu.com.pe/buen-gobierno-corporativo/nuestro-sistema-de-integridad/>

POLÍTICA DE GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD, AMBIENTE, SEGURIDAD DE PROCESOS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**POLÍTICA DE GESTIÓN INTEGRADA****DE LA CALIDAD, AMBIENTE,
SEGURIDAD DE PROCESOS,
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Petróleos del Perú – PETROPERÚ S.A. es una empresa del Estado del Sector Energía y Minas, cuyo objeto social es llevar a cabo las actividades que establece la Ley Orgánica de Hidrocarburos en todas las fases de la industria y comercio de los hidrocarburos incluyendo sus derivados, la petroquímica básica e intermedia y otras formas de energía.

PETROPERÚ S.A. declara que gestiona sus actividades asegurando la calidad y competitividad de sus productos y servicios para satisfacer las necesidades de sus clientes; protegiendo el ambiente, garantizando la seguridad de sus procesos, la integridad física, la salud y la calidad de vida de sus trabajadores, colaboradores y otras personas que puedan verse involucradas en sus operaciones; y la protección de la propiedad. Asimismo, promueve el fortalecimiento de sus relaciones con la comunidad de su entorno, realizando esfuerzos para desempeñar sus actividades de forma sostenible, reduciendo sus posibles impactos negativos.

Para ello, en sus lugares de trabajo desarrolla su gestión integrada de la calidad, ambiente, seguridad de procesos seguridad y salud en el trabajo, basada en los siguientes compromisos:

- Desempeñar sus actividades de manera responsable y eficiente manteniendo sistemas de gestión auditables bajo un enfoque preventivo, de eficiencia integral y mejora continua.
- Identificar, evaluar y controlar los aspectos ambientales, los peligros y riesgos de sus procesos, productos y servicios pertinentes y apropiado a su contexto; protegiendo el ambiente y previniendo la contaminación ambiental mediante la gestión del uso eficiente de la energía y otros recursos naturales, y de estrategias para combatir el Cambio Climático; eliminando los peligros y reduciendo los riesgos, proporcionando condiciones de trabajo seguras y saludables para la prevención de lesiones y deterioro de la salud de las personas relacionadas con el trabajo, con el objetivo de satisfacer las necesidades de sus clientes.
- Cumplir la legislación vigente aplicable, la normativa interna y los compromisos voluntariamente suscritos, relacionados con los Sistemas de Gestión.
- Promover el desarrollo de las competencias de sus trabajadores, orientadas al cumplimiento de los objetivos y las metas establecidas.
- Promover la consulta y participación de los trabajadores y de sus representantes en el desarrollo y mejora de los Sistemas de Gestión implementados.
- Proveer a toda la organización de los recursos necesarios y requeridos para lograr un desempeño acorde con la presente Política.
- Difundir esta Política a sus trabajadores, clientes, colaboradores, autoridades, comunidad y otros grupos de interés, fomentando una actitud diligente, a través de una sensibilización y de capacitación adecuadas a sus requerimientos.

El cumplimiento de esta Política es responsabilidad de los directores, gerentes, trabajadores y proveedores de PETROPERÚ S.A.

Aprobado:
Acuerdo de Directorio N° 082-2022-PP
Sesión de Directorio del 18.08.2022

**DECLARACIÓN JURADA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD
EN EL TRABAJO**

Lima, de de 2024

Señores:
Petróleos del Perú – PETROPERU S.A.
Presente. –

Yo identificado con DNI N°, Gerente General / Representante Legal de la empresa, con RUC N°, con domicilio legal en; declaro bajo juramento que:

La empresa a la cual represento ha implementado un Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, conforme a lo ordenado por la Ley N° 29783 y su reglamento; asimismo, se implementará y cumplirá los requerimientos aplicables de ambiente y seguridad exigidos por la reglamentación sectorial y por PETROPERÚ.

.....
Gerente General / Representante Legal

DECLARACIÓN JURADA DE PARALIZACIÓN DE TRABAJOS POR RIESGO INMINENTE

Yo _____, Representante Legal / Gerente General de la empresa _____ con RUC _____, me comprometo a garantizar la identificación de todos los peligros y riesgos asociados a mis actividades, así como ejecutar los controles de eliminación, sustitución, controles de ingeniería, controles administrativos y/o correcto uso de los Equipos de Protección Personal requeridos para la ejecución de un trabajo seguro.

Del mismo modo, de identificar o concurrir riesgo grave o inminente para la seguridad o salud de los trabajador de mi empresa o de terceros, **GARANTIZO LA PARALIZACIÓN O PROHIBICIÓN INMEDIATA DE TRABAJOS Y/O TAREAS.**

Garantizo que:

- Las ordenes de paralización o prohibición de trabajos por riesgo grave o inminente deben ser inmediatamente ejecutadas.
- Antes de reiniciar las actividades operativas, me comprometo a levantar las condiciones subestándares identificadas.
- En caso la paralización de trabajo haya sido por causa de mi representada, ésta se ejecutará sin perjuicio a PETROPERÚ, quien no asumirá ningún costo asociado por las horas paralizadas.

Representante Legal / Gerente General

APÉNDICE N° 18
INDUCCION ESPECIFICA EN EL ÁREA DE TRABAJO

Empresa Contratista:	
Nombre del Trabajador:	
Puesto de Trabajo:	
Fecha:	
Área de Trabajo:	

Se deja constancia que durante la inducción específica se ha explicado los siguientes tópicos:

- a. Explicación en campo de los peligros, riesgos y medidas de control (Matriz IPERC) del puesto de trabajo.
- b. Explicación de los trabajos de alto riesgo ejecutados por el puesto de trabajo.
- c. Agentes físicos, químicos, biológicos, ergonomía, psicosociales del puesto de trabajo.
- d. Plan de Respuesta a Emergencias establecidos para el área donde se desempeña el trabajador.
- e. Capacitación de los procedimientos de trabajo aplicables al puesto de trabajo.
- f. Código de colores y señalización en el área.
- g. Uso de Equipo de Protección Personal (EPP) apropiado para el tipo de tarea asignada; con explicación de los estándares de uso.
- h. Número de Centro Control y otras formas de comunicación con radio portátil o estacionario; quiénes, cómo y cuándo se deben utilizar.
- i. Práctica de ubicación (recorrido en campo) y uso de equipos de respuesta a emergencias, sistema contra incendio, sistemas de alarma, comunicación, extintores, botiquines, camillas, duchas, lava ojos y otros dispositivos utilizados para casos de respuesta a emergencias.
- j. Como reportar incidentes de personas, maquinarias o daños de la propiedad de la empresa.
- k. Importancia del orden y la limpieza en la zona de trabajo.
- l. Seguimiento, verificación y evaluación del desempeño del trabajador hasta que sea capaz de realizar la tarea asignada.

Firma del Trabajador

Responsable de la
Contratista