

**CONDICIONES TÉCNICAS**  
**SERVICIO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO 2023 PARA TRABAJADORES DE**  
**OPERACIONES OLEODUCTO EN LA CIUDAD DE LIMA**

**1. OBJETO DEL SERVICIO**

PETRÓLEOS DEL PERÚ – PETROPERÚ S.A, en adelante PETROPERÚ, requiere contratar el “Servicio de Examen Médico Ocupacional Periódico 2023 para trabajadores de Operaciones Oleoducto en la ciudad de Lima”.

**2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO**

El Contratista prestará el Servicio de Examen Médico Ocupacional Periódico 2023, para los trabajadores de PETROPERÚ, según los protocolos médicos ocupacionales establecidos, en la sede que se indica a continuación:

ITEM	LUGAR DEL EXAMEN	SEDE	SEXO	N°	Total
Ítem 3	Lima	Oleoducto	Masculino	64	70
			Femenino	6	
	TOTAL				70

**2.1. Evaluación Médica Ocupacional y Examen Físico**

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

- 2.1.1. Entrevista al Trabajador (dirigido a todos los trabajadores), que consignará:
  - Datos de filiación.
  - Antecedentes Patológicos Personales y Familiares.
  - Hábitos tóxicos.
  - Aficiones.
  - Absentismos
  - Historia ocupacional de acuerdo con formato PETROPERÚ. (ANEXO N°2)
  - Factores de riesgo del puesto de trabajo, tiempo de exposición a los mismos, uso de Equipos de Protección Personal y daño potencial a la salud, en caso lo hubiere.
- 2.1.2. Examen Físico (dirigido a todos los 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.
  - Fecha del examen, firma y sello del médico que realizar la evaluación.
- 2.1.3. Examen Dermatológico:
  - Examen general de la piel y faneras, de acuerdo con formato de PETROPERÚ (ANEXO N°3)
  - Examen directo de dermatofitos, si lo requiere.
- 2.1.4. Examen Neurológico:
  - Examen físico, de acuerdo con formato de PETROPERÚ (ANEXO N°4).
  - Test para Trabajos en Altura Estructural (mayor a 1.8 metros), (ANEXO N° 5), se realizarán sólo a trabajadores con factor de riesgo ocupacional identificado.
  - Test para Espacios confinados (ANEXO N° 6), se realizarán sólo a trabajadores con factor de riesgo ocupacional identificado
- 2.1.5. Evaluación Musculoesquelética (incluye Cuestionario Nórdico), de acuerdo con formato de PETROPERÚ (ANEXO N° 7) a todos los trabajadores.

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).

**2.2. Evaluación Oftalmológica**

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

Comprende:

- Entrevista al trabajador.
- Examen de agudeza visual y refracción, entregando al trabajador los resultados de esta. En los casos que sean necesarios, se entregará al trabajador la receta para la adquisición de correctores visuales, la misma que llevará la firma del especialista.
- Examen de campo visual (Campimetría computarizada).
- Oftalmoscopia (fondo de ojo).
- Evaluación de cámara anterior con lámpara de hendidura.
- Tonometría de Goldmann o Tonometría de Aire
- Apreciación de colores.
- Examen estereoscópico.
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico-ocupacionales relacionadas a su especialidad.

### **2.3. Evaluación Otorrinolaringológica**

Será realizada por un médico colegiado, habilitado y registrado con especialidad en Otorrinolaringología. Dirigida solo a trabajadores con factor de riesgo ocupacional identificado.

Comprende:

- Entrevista al trabajador.
- Examen físico del aparato auditivo (otoscopia convencional o videoscopia).
- Audiometría en cabina, la que debe estar aislada de los ruidos del entorno y será realizada por un personal de salud acreditado y firmado por el especialista. Los resultados deben indicar la conclusión clínica y la conclusión ocupacional (de acuerdo con escala de Klockhoff y Klockhoff Modificada). Incluirá el llenado de la Ficha de Antecedentes, de acuerdo con formato de PETROPERÚ (ANEXO N°8).
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico-ocupacionales relacionadas a su especialidad.

### **2.4. Evaluación Neumológica**

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

Comprende:

- Entrevista al trabajador.
- Examen físico del aparato respiratorio.
- Evaluación de la radiografía de tórax.
- Evaluación de espirometría.
- Antecedente COVID-19.
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico-ocupacionales relacionadas a su especialidad.

### **2.5. Evaluación Cardiovascular**

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

Comprende:

- Entrevista al trabajador.
- Examen físico cardiovascular que incluye examen físico vascular periférico.
- Electrocardiograma en reposo a todo el personal. Podrá ser realizado por un profesional Técnico en Enfermería debidamente capacitado y bajo la supervisión del Cardiólogo, o por una Enfermera (o) debidamente capacitado.
- Prueba de Esfuerzo Graduada realizada por el Cardiólogo, solo para trabajadores con edad mayor o igual a 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.
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico-ocupacionales relacionadas a su especialidad.

### **2.6. Evaluación Psicológica**

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

Comprende:

- Entrevista y evaluación psicológica especializada.

- Aplicación del examen psicológico ocupacional en sus aspectos cognitivos, afectivos emocionales y factores de riesgos psicosociales asociados, que deberá estar acorde a las normas de salud ocupacional vigentes (Escala de Ansiedad y Depresión SRQ – 18, Test de Estrés de Karasek).
- Aplicar Test de Fatiga y Somnolencia de Epworth, Fobias (incluye cuestionarios para trabajos en altura estructural y en espacios confinados según riesgo identificado).
- Generar las conclusiones y recomendaciones clínico-ocupacionales relacionadas a su especialidad.

## 2.7. Exámenes de Laboratorio

Serán realizados por un profesional Técnico en Laboratorio, de acuerdo con programación enviada, y los resultados serán firmados por el médico Patólogo encargado del Laboratorio.

Prueba COVID-19	Prueba antigénica
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
	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 trabajadores varones mayor o igual a 40 años, así como en casos que se requiera
Examen de Orina	Examen Completo de Orina - Sedimento urinario
Heces	Thevenon (solo para trabajadores con edad mayor o igual a 40 años)

## 2.8. Exámenes por Imágenes

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

- Radiografía de tórax (postero-anterior). Dirigido a todo trabajador. 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. La radiografía puede ser digital, la imagen debe ser proporcionada por un disco con capacidad para todas las imágenes digitales, así mismo se deberá entrega en su placa respectiva, pudiendo ser de 20 x 25 cm.
- Ecografía completa abdomino-pélvica. Dirigida a todo el personal. Incluye toma pre y post miccional para evaluar residuo miccional sólo en varones (cuya duración del examen no debe ser menor a 5 minutos).

## 2.9. Emisión de la Aptitud Médico Ocupacional

El Médico Ocupacional emite y firma el Certificado de Aptitud Médico Ocupacional una vez culminadas las evaluaciones médicas.

Todos los insumos, materiales utilizados (lubricantes hidrosolubles, bajalenguas, guantes, papel, batas y sábanas para camillas deberán ser descartables) y equipos los proporcionará el CONTRATISTA.

## 3. NORMATIVA APLICABLE

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y sus modificatorias.
- Ley N° 28840, Ley de Fortalecimiento y Modernización de la Empresa Petróleos del Perú – PETROPERÚ S.A.
- 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 trabajadores a la Seguridad y la Salud en el Trabajo ante riesgo epidemiológico y sanitario”
- Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA y sus modificatorias.
- Demás disposiciones legales vigentes.

#### **4. PLAZO DE EJECUCIÓN**

Son noventa (90) días calendario, cuya programación será coordinado con la función Servicios Médicos Oleoducto. En caso de presentación de una Ola de contagios por COVID-19, se suspenderá la ejecución de los Exámenes y se retomará a su término, lo cual será coordinado con el Médico Ocupacional de PETROPERU.

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

#### **5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN**

A precios unitarios

#### **6. MONTO ESTIMADO REFERENCIAL**

**\*\*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 a contratar.

#### **7. LUGAR DE EJECUCIÓN**

En las instalaciones del CONTRATISTA.

##### **7.1. 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 preferencial hasta para 6 trabajadores por día, en el horario señalado por PETROPERÚ, en caso de tener más de 6 trabajadores se coordinará con el área de Servicios Médicos de PETROPERU, 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.
- Las evaluaciones de laboratorio serán las primeras por realizar en todo trabajador, priorizando la prueba antigénica COVID, en caso corresponda, a fin de captar posibles casos positivos. Ante hallazgos positivos de prueba antigénica, el CONTRATISTA dará por terminada por ese día la atención del trabajador, solicitará un correo electrónico personal a fin de remitirle copia de su resultado y lo orientará en la búsqueda de atención ante un centro de salud.
- 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:

ÍTEM	NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO	CORREO
Ítem 3	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 12 “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.

## 7.2. 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 12 “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. Los resultados deberán ser remitidos a Piura a la siguiente dirección Calle Las Sidras X-32, Castilla-Piura.
- 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 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 encarpetadas 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 12 “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 12 “**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 12 “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.

## **8. REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS**

Se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

### **8.1. DEL PERSONAL**

- a) Un (1) Médico Ocupacional.
  - Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente y/o Medicina del Trabajo (\*); o grado de Máster 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 simple del grado de máster.

- 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 con grado 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 obtención del grado de Máster (\*\*) 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.

b) Un (1) Psicólogo

- Ser licenciado(a) en Psicología con título profesional a nombre de la Nación.  
Acreditación: Copia simple del título profesional.
- 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.

c) Profesionales Médicos: un (1) Oftalmólogo, un (1) Otorrinolaringólogo, un (1) Neumólogo, un (1) Cardiólogo y un (1) Radiólogo

Para cada profesional médico se deberán presentar los siguientes documentos:

- Ser Médico Cirujano(a) con segunda especialidad en Oftalmología, Otorrinolaringología, Neumología, Cardiología 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 cinco (05) 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

d) Otros profesionales: dos (2) enfermeros(as), un (1) Técnico en Laboratorio, un (1) Técnico en Radiología y tres (3) Técnicos en Enfermería.

Para cada profesional o técnico se deberá presentar los siguientes documentos:

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

## 8.2. DEL POSTOR

- Acreditar experiencia con un monto mínimo acumulado facturado de S/ 200,000.00 en contratos de Servicios de Exámenes Médicos Ocupacionales en los últimos cinco (05) años.

Acreditación: Copia de contratos con su respectiva conformidad de culminación de la prestación del servicio por parte de los clientes, donde se especifique claramente el periodo de ejecución y el monto ejecutado (en caso algún contrato no cuente con la respectiva conformidad de culminación, no se considerará válido); y/o facturas u otros comprobantes de pago debidamente cancelados en el cual se detalle el servicio prestado y cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente (adjuntar vouchers de depósito o reporte de estados de cuenta bancarios donde pueda verificarse el pago efectuado, o que la cancelación conste en el mismo comprobante siempre que tal precisión sea dada por el cliente del postor o una entidad bancaria o financiera).

### **8.3. PERMISOS, LICENCIAS, OTROS**

- Copia simple de la Licencia Municipal de Funcionamiento.
- Copia simple de la Constancia del RENAES, vigente a la fecha de presentación de la propuesta, o en caso de encontrarse en trámite de renovación, adjuntar copia del documento que certifique esta.
- Copia de la Constancia de Acreditación como Servicio de Salud Ocupacional (anteriormente, Servicio de Apoyo al Médico Ocupacional – SAMO) emitido por la Autoridad Nacional de Salud, Dirección General de Salud (DIGESA) o Dirección Regional de Salud (DIRESA) o Gerencia Regional de Salud (GERESA), según corresponda, vigente a la fecha de presentación de la propuesta. En caso de encontrarse en trámite de renovación, se aceptará se adjunte copia del documento que así lo certifique (la Constancia de Acreditación vigente será solicitada previo a la firma de la OTT).
- Copia simple de la Constancia de Autorización del Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN) del ambiente de Radiología.

#### **NOTA:**

Todos los documentos deberán ser legibles, de lo contrario no se tomarán en cuenta para acreditar la experiencia. No se aceptarán Declaraciones Juradas como reemplazo de los comprobantes de pago y/o contratos.

Para el caso del personal, si sus grados o títulos fueron expedidos en el extranjero, deben encontrarse registrados en la Superintendencia Nacional de Educación Universitaria (SUNEDU) y deberán adjuntar el documento que lo acredite.

Es de entera responsabilidad del CONTRATISTA el cumplimiento de todas las normas y autorizaciones en materia laboral exigidas para el desarrollo del servicio, p. ejm: visas de trabajo, etc. El personal deberá mantener vigente la documentación propia de su función durante la ejecución del contrato.

## **9. DOCUMENTOS PARA FORMALIZACION DE OTT/CONTRATO**

Para la emisión/suscripción de la OTT/Contrato, el postor ganador de la Buena Pro deberá entregar lo siguiente:

- Constancia de Acreditación como Servicio de Salud Ocupacional vigente (De ser el caso de presentarse en la propuesta técnica sólo la documentación que certifique el trámite de renovación de la misma).
- Constancia de Habilidad de los médicos, licenciados en enfermería, psicólogo y tecnólogos según su Colegio Profesional del Perú.
- 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.
- 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 PETROPERÚ.
- En el caso del Laboratorio: Certificado de vigencia de los reactivos a utilizar.
- Declaración Jurada de Implementación de un Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo según Ley 29783 y su Reglamento; así como, de los requerimientos de ambiente y seguridad exigidos por PETROPERÚ.
- "Política de Seguridad y Salud Ocupacional" aprobada por el representante legal o gerencia de la empresa (requiere firma y vigencia)
- La Garantía de Fiel Cumplimiento y otros documentos indicados en las Bases Administrativas.



## 10. **GARANTÍAS**

El ganador de la Buena Pro deberá contar y entregar a PETROPERÚ la garantía conforme al artículo 26 del Reglamento de Contrataciones de PETROPERÚ, siendo la garantía necesaria la siguiente:

### **Garantía de Fiel Cumplimiento**

Deberá ser emitida por una suma equivalente al diez por cien (10%) del Monto Contractual y, tener vigencia hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del CONTRATISTA.

La garantía (carta fianza) deberá estar a favor de Petróleos del Perú - PETROPERÚ S.A. de la operación, y deberá ser emitida por una empresa autorizada y sujeta al ámbito de la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP o estar considerados 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, en virtud de la realización automática a primera solicitud, contendrá un párrafo donde describa que la entidad emisora no opondrá excusión alguna a la ejecución de la garantía, limitándose a honrarla de inmediato dentro del plazo máximo de tres días. Toda demora generará responsabilidad solidaria para el emisor de la garantía y para el contratista y dará lugar al pago de intereses en favor de Petroperú, devengando la tasa máxima de interés convencional compensatorio y la tasa máxima de interés moratorio, permitidas por dispositivos legales para personas ajenas al sistema financiero. Los intereses y gastos serán calculados a partir de los tres días posteriores a la fecha del requerimiento de ejecución.

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

## 11. **PÓLIZAS**

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 General<sup>1</sup>**, 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.
    - Consultorios médicos (tópico)Se otorga cobertura de Mala Praxis hasta por US\$ 25,000.00.
- 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.
- 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.
- La aseguradora renuncia a su derecho de subrogación contra PETROPERÚ S.A., sus agentes, funcionarios y trabajadores en general.

---

<sup>1</sup> Memorando N° SEG-0101-2023, del 28.02.2023.

- 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.

## 12. SUBCONTRATACION

No aplica (PETROPERÚ no autoriza la Sub Contratación para el presente servicio).

## 13. PENALIDADES

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones del Servicio, PETROPERÚ aplicará la siguiente penalidad:

Penalidad por mora por cada día de atraso:

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

Donde F tendrá los siguientes valores:

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

De superar la penalidad el 10% del monto contractual del Servicio por retraso injustificado, PETROPERÚ estará facultado para resolver unilateralmente el 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 MEDICO PROGRAMADO, SIN PRESENTAR LA EXONERACION DEL TRABAJADOR.	0.05 UIT por Protocolo no cumplido
002	PENALIDAD POR NO NOTIFICACION DE CASO COVID POSITIVO O DE HALLAZGOS CLINICOS, PROCEDIMIENTO O RESULTADO DE LABORATORIO ALTERADO QUE REQUIERA ATENCION DE URGENCIA O EMERGENCIA (DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO)	0.5 UIT por caso
003	PENALIDAD POR RESULTADOS DE EXÁMENES MÉDICOS VIA ELECTRONICA O EN FISICO NO ENTREGADOS EN EL PLAZO ESTABLECIDO O POR ENTREGA DE RESULTADOS ERRADOS EN LOS EXPEDIENTES PRESENTADOS, SEGÚN CONDICIONES TECNICAS.	0.02 UIT por día hábil atrasado por expediente
004	PENALIDAD POR ERROR DE LOS REGISTROS EN BASE DE DATOS DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	0.01 UIT por error en la Base de datos
005	PENALIDAD POR INFORME FINAL OCUPACIONAL NO ENTREGADO EN EL PLAZO ESTABLECIDO O CON DATOS E INFORMACION ERRADA, SEGÚN CONDICIONES TECNICAS.	0.05 UIT por día atrasado
006	PENALIDAD POR CAMBIO DE PERSONAL DE LA CONTRATISTA EN SUS INSTALACIONES SIN COMUNICACIÓN Y RESPUESTA APROBATORIA PREVIA PARA EJECUCION COMPLETA DEL PROTOCOLO DE CADA TRABAJADOR.	0.25 UIT por día de incumplimiento
007	PENALIDAD POR FALTA DE PERSONAL DE LA CONTRATISTA EN SUS INSTALACIONES O DEL ASIGNADO A LAS INSTALACIONES DE PETROPERU PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO	0.25 UIT por día (total o parcial) de incumplimiento
008	PENALIDAD POR INCUMPLIMIENTO EN LA PERMANENCIA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DURANTE LA REALIZACIÓN DEL EMO PROGRAMADO	0.01 por número de personas pendientes de evaluación

009	PENALIDAD POR INCUMPLIMIENTO EN EL TIEMPO MÍNIMO DE DURACIÓN DE LOS EXÁMENES SOLICITADOS	0.01 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.

#### 14. FACTURACIÓN Y FORMA DE PAGO

80%	De manera parcial (mensualmente) conforme se entreguen los resultados de los Exámenes Médicos de los Trabajadores Evaluados
20%	A la entrega del Informe Final Estadístico Ocupacional

El primer bloque del 80% será pagado mensualmente en función de los expedientes aprobados. Se deberán presentar adjuntas a la factura, las pre-liquidaciones con el visto bueno del Médico de PETROPERÚ encargado y de la Jefatura Servicios Médicos. Las pre-liquidaciones serán enviadas previamente al correo del Médico de PETROPERÚ encargado, con un resumen en Excel de lo atendido, que deberá contener el listado de los trabajadores evaluados, fecha de evaluación y los exámenes que se tomaron, con precios unitarios, los cuales deben coincidir con el protocolo de exámenes médicos.

El segundo bloque del 20% se efectuará una vez entregado el Informe Final Estadístico Ocupacional y la exposición de los Resultados por parte del Médico Ocupacional de la contratista, previa conformidad del Servicio. La factura deberá contener el número de resultados correctamente entregados a Servicios Médicos.

Emitir factura a nombre de: PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A.  
 RUC : 20100128218.  
 Dirección : Av. Canaval y Moreyra 150 – San Isidro.

PETROPERÚ S.A. efectuará el pago de las facturas electrónicas a favor del contratista, en soles, en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios, desde su correcta presentación por Mesa de Partes Virtual ([mesadepartesvirtual@petroperu.com.pe](mailto:mesadepartesvirtual@petroperu.com.pe)) de acuerdo con las recomendaciones indicadas en la siguiente dirección: <https://www.petroperu.com.pe/proveedores/mesa-de-partes-virtual/> y adjuntando la siguiente documentación: la base impresa de la pre-liquidación en Excel aprobado previamente por correo con precios unitarios, visado por el Médico de PETROPERÚ encargado, consulta RUC y validez de comprobante electrónico.

Las facturas deben referenciar en su contenido el N° y la descripción de la OTT/Contrato del Servicio.

ÍTEM	Sede	Dirección
Ítem 3	Oleoducto	Calle Las Sidras X-32, Castilla-Piura

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".

Aquellas facturas presentadas incorrectamente o presentadas antes de obtener la conformidad de la valorización serán devueltas para su subsanación, rigiendo el nuevo plazo a partir de la fecha de su correcta presentación.

## **15. ADMINISTRACIÓN Y CONFORMIDAD**

La supervisión y administración del Servicio estará a cargo del Médico Ocupacional de Operaciones Oleoducto. La conformidad del Servicio será aprobada por el Jefe Recursos Humanos Oleoducto, según corresponda.

## **16. 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 destacará a un personal a las Oficinas de cada sede durante el contrato (sólo para el ítem 1 y 2), para coordinación y programación de citas, entrega de recomendaciones médicas previas, entrega de los frascos para las muestras, seguimiento a la asistencia, verificación de que todo formato generado por el médico Ocupacional de PETROPERÚ cuente con registros y adjuntos completos (incluyendo folletería, firmas y/o sellos de ser el caso), archivo de documentación y apoyo de tipo administrativo que pudiera ser solicitado, cuyo horario será de lunes a viernes, de 07:00 am a 04:00 pm, el cual deberá presentarse con ropa adecuada, deberá contar con SCTR Salud y Pensión, vacunas, Certificado de Aptitud Médico Ocupacional, curso de inducción y equipos de protección personal, según sea el caso.
- 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 atención preferencial 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 12 “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:
  - o 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.

#### **17. FACILIDADES, OBLIGACIONES Y/O RESPONSABILIDADES DE PETROPERÚ**

- 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.
- 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.
- PETROPERÚ dará las facilidades de ambiente para el desarrollo de sus actividades al personal destacado por la contratista.

#### **18. CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE OTT/CONTRATO**

La OTT/Contrato podrá ser resuelto de conformidad con lo indicado en el Artículo 76 del Reglamento de Contrataciones de PETROPERÚ.

- a) El contrato podrá resolverse:
  - i) Por mutuo disenso.
  - ii) Por terminación anticipada.
  - iii) Por caso fortuito o fuerza mayor.
- b) PETROPERÚ podrá resolver el contrato 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 Bases; o
- iii) Se verifique la presentación de información falsa y/o inexacta durante la ejecución contractual; o
- iv) Sin expresión de causa.

## **19. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DEL AMBIENTE**

En concordancia con el Requisito 4.4.2 Competencia, Formación y Toma de Conciencia de la Norma ISO 14001:2015 y el Proceso de Mejora Continua y Mantenimiento de nuestro Sistema de Gestión Ambiental, el CONTRATISTA deberá tomar en cuenta los siguientes Aspectos Ambientales inherentes a la realización del presente Servicio:

- Consumo de recursos.
- Generación y disposición de residuos no peligrosos.
- Generación y disposición de residuos peligrosos.

El CONTRATISTA es responsable de que su personal tome conciencia de las actividades que realizarán, evitando de esta manera condiciones ambientales anormales.

El CONTRATISTA se encuentra obligado a contar con un “Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la COVID-19”, conforme a la RM N°031-2023 MINSA, sus modificatorias y los Protocolos Sectoriales que le correspondan. El referido plan debe estar registrado o notificado ante el Ministerio de Salud (MINSA) y comunicado al Administrador de Contrato, previo al inicio del servicio. Su incumplimiento será considerado causal de resolución de contrato.

## **20. CONFIDENCIALIDAD**

PETROPERÚ mantiene todos los derechos sobre los informes del servicio brindado; así mismo el CONTRATISTA deberá mantener en estricta confidencialidad la información que obtenga como resultado del servicio prestado, así como la proporcionada por PETROPERÚ para la ejecución del servicio, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que pueda corresponder.

Esta obligación de Confidencialidad continuará aún terminado el servicio.

## **21. CLÁUSULAS Y PENALIDADES DE AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL PARA NUEVOS CONTRATOS DE SERVICIOS Y OBRAS**

1. Las presentes cláusulas y penalidades de Ambiente, Seguridad y Salud en el Trabajo se debe 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 (ejm: servicios en minas, en instalaciones portuarias, etc.). Se incluye la zona de reserva de vía del Oleoducto Norperuano, así como actividades de transporte de hidrocarburos vía terrestre, fluvial o marítima.
2. Cualquier modificación de las cláusulas y penalidades, durante el proceso de elaboración de Condiciones Técnicas, absolución de consultas o integración de bases, debe ser coordinada con la Función Seguridad de la sede correspondiente, dejando constancia de dicha coordinación a través de una evidencia objetiva (correo electrónico, memorando y/o informe).
3. En caso el Contratista, sus trabajadores y/o personal:
  - Intente o cometa actos de sustracción (robo o hurto) de bienes o sustancias de propiedad de PETROPERÚ, o
  - Atente contra su seguridad o la seguridad de terceros, o
  - Se presente a laborar bajo la influencia del alcohol o drogas,PETROPERÚ como medida inmediata prohibirán el ingreso del trabajador relacionado con dicho incumplimiento a cualquier de sus instalaciones de manera indeterminada, sin perjuicio de adoptar las medidas pertinentes contra el Contratista.
4. PETROPERÚ aplicará penalidades que serán deducidas de las facturaciones mensuales o de garantías de fiel cumplimiento del contratista.
5. En caso, un mismo incumplimiento califique para la aplicación de más de una penalidad, se aplicará aquella de mayor monto.
6. Las penalidades se ejecutarán en base a la valorización mensual (monto contractual).
7. 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.
8. 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.
9. El listado de penalidades mínimas obligatorias para los nuevos contratos de servicios y obras es el siguiente:

Descripción del Evento a Penalizar		Requerimiento Legal Relacionado	Aplicación de Penalidad *	Penalidad (% del monto contractual, incluye impuestos)
1	<p>Incumplir alguna medida de seguridad y salud ocupacional contemplada en el “Manual Corporativo de Seguridad, Salud y Protección Ambiental para Contratistas de PETROPERÚ”, que como consecuencia origine alguno de los siguientes eventos, según determine el proceso de investigación a cargo de PETROPERÚ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accidente mortal o Accidente incapacitante total o parcial permanente</li> <li>- Accidente incapacitante temporal (por ocurrencia)</li> <li>- Incidente peligroso</li> <li>- Accidente leve (sólo si la compañía registra anteriormente por lo menos 2 accidentes leves o 1 incapacitante en el contrato vigente)</li> </ul> <p>El contratista tendrá cinco (5) días hábiles para presentar sus descargos a los resultados de la investigación de PETROPERÚ, pudiendo ser ampliados en caso lo justifique mediante carta al Administrador de Contrato.</p> <p>Es preciso indicar que en el caso de un accidente mortal o accidente incapacitante total o parcial permanente, PETROPERÚ evaluará la continuidad del contrato de la compañía contratista. Si se decide resolver el contrato, no le aplicará la penalidad.</p>	Ley 29783 Art. 21	Por evento	<p>5%</p> <p>2%</p> <p>1%</p> <p>1%</p>
2	No informar de inmediato y/o ocultar a PETROPERÚ cualquier incidente o accidente de trabajo.	RCD 172-2009-OS/CD Art. 6° DS 005-2012-TR Art. 110°	Por evento	2%
3	No realizar los exámenes médicos ocupacionales (pre-ocupacional, periódicos y/o de retiro) del personal a su cargo, de acuerdo con la normativa legal y los riesgos de su actividad.	Ley 29783 Art. 49° d	Por persona	1%
4	No contar con los supervisores CASS en la operación, de acuerdo con el perfil y nivel de riesgo establecido en las Condiciones Técnicas.	DS 043-2007-EM Art. 11.2° DS 005-2012-TR Art. 39° RM 448-2020-MINSA	Por evento	1%
5	Realizar trabajos no autorizados por PETROPERÚ, no contemplados en el Permiso de Trabajo, o emplear personal que trabaja para otra compañía contratista o servicio diferente.	DS 043-2007-EM Art. 61°	Por evento	1%
6	Intento de ingresar o haber ingresado de manera oculta armas, equipos no intrínsecos (teléfono celular, cámara fotográfica) o sustancias prohibidas (drogas, alcohol), dentro de las instalaciones de PETROPERÚ.	DS 043-2007-EM Art. 17. i° RAD 044-2017-APN-DIR	Por evento	1%
7	Incumplir algún control establecido en la matriz de Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Determinación de Controles (IPERC), en el Permiso de Trabajo, en el Análisis de Trabajo Seguro o en la matriz ambiental.	Ley 29783 Art. 21°	Por evento	0.6%

8	No devolver a PETROPERÚ los pases de ingreso vencidos o de aquel personal que ya no cuenta con vínculo laboral o autorización para ingresar a las instalaciones.	RAD 044-2017-APN-DIR	Por evento	0.3%
9	Adulteración de documentos y/o documentación vencida.		Por evento	0.3%
10	Acto doloso (hurto de cualquier tipo, soborno, complicidad u otro).		Por evento	1%
11	Ingreso o intento de ingreso a las Instalaciones en estado etílico, bajo efectos de drogas o estupefacientes y/o injerirlos dentro de las instalaciones, asimismo, el negarse a pasar los controles de verificación respectivos.		Por evento	0.3%

10. El listado de penalidades que el Originador debe incluir, según aplique a la naturaleza de su contrato es el siguiente:

9	No asistir a las reuniones de seguridad para contratistas programadas por las dependencias de seguridad de la sede de trabajo correspondiente.	DS 043-2007-EM Art. 17.1°	Por evento	0.3%
10	Incumplir el procedimiento de gestión de permisos de trabajo y análisis de trabajo seguro, según lo indicado en el Manual Corporativo de Seguridad, Salud y Protección Ambiental para Contratistas de PETROPERÚ y el procedimiento PA1-GCGS-073 vigentes	DS 043-2007-EM Art. 61°	Por evento	1%
11	En caso aplique, no respetar las normas de conducción de vehículos que se utilicen como parte del contrato dentro de las instalaciones de Petroperú y que se encuentren establecidas en el Manual Corporativo de Seguridad, Salud y Protección Ambiental para Contratistas.	DS 016-2009- MTC	Por evento	1%
12	Ausencia, en la zona de labores, del Responsable de Ejecutar el Trabajo durante la ejecución de los trabajos de alto riesgo contemplados en el Permiso de Trabajo.	DS 005-2012- TR Art. 26° c	Por evento	1%
13	Emplear equipos de protección personal sin certificación, deteriorados, en condiciones insalubres (ejemplo: botas humedecidas) o entregar equipos al personal que no sean nuevos.	DS 043-2007-EM Art. 17.1°	Por evento	0.5%
14	Identificar personal que no haga uso o trabaje con Equipos de Protección Personal deteriorados. Aplicable por cada personal identificado.	Ley 29783 Art. 21° e	Por evento	0.1%
15	No contar o incumplir el Programa de Actividades de Ambiente, Seguridad y Salud Ocupacional del contratista para el servicio u obra, de acuerdo con lo requerido en el procedimiento PROO1-390 y el Manual Corporativo de Seguridad, Salud y Protección Ambiental para Contratistas.	DS 005-2012- TR Art. 26° h	Por evento	0.5%
16	Emplear equipos, máquinas sin la capacitación y/o autorización respectiva, o hacer uso de herramientas no estandarizadas o no diseñadas para la labor que se ejecuta.	Ley 29783 Art. 69° b DS 043-2007-EM Art. 17.1°	Por evento	0.5%
17	Sobrepasar las doce horas de trabajo máximo en las instalaciones de PETROPERÚ o el horario indicado en el Permiso de Trabajo, sin la respectiva autorización.	DS 043-2007-EM Art. 61°	Por evento	0.1%
18	No realizar un adecuado acopio, almacenamiento temporal, transporte, tratamiento y/o disposición final de los residuos sólidos generados en los tópicos Médicos, según aplique al tipo de residuo y al alcance del trabajo a cargo del contratista	Ley 27314	Por evento	0.5%
19	No adoptar medidas para el control y minimización de los impactos generados por siniestros o emergencias (e.g.: derrames, fugas, etc.) ocurridos a causa o con ocasión del desarrollo de sus actividades, o no efectuar la limpieza y descontaminación de las áreas afectadas como consecuencia. Esta penalidad es aplicable a las actividades del contratista que impliquen la manipulación de componentes	DS 043-2007-	Por evento	2%



	(infraestructuras, equipos o vehículos) destinados al almacenamiento, transporte, despacho, recepción o procesamiento de materiales peligrosos (hidrocarburos, sustancias químicas o residuos).	EM Art. 17.1°		
20	Alteración o manipulación del sistema de medición referencial del producto en cisterna, según aplique.		Por evento	0.5%
21	Incumplimiento y/o inoperatividad de controles operacionales de sus actividades, como en el proceso de carga en las islas de despacho, en el manejo de vehículos, en el sistema de sobrellenado de cisternas.	Ley 29783 Principio de prevención	Por evento	0.5%
22	Ingreso de equipos a las instalaciones sin sistemas de protección y/o retiro de estos (guardas, protección de válvulas de carga de cisterna, entre otros ).	Ley 29783 Principio de prevención	Por evento	0.5%
23	Derrame de producto ocasionado por cisterna o vehículo en mal estado o defectuoso.		Por evento	0.3%
24	No contar con elementos de seguridad aplicables a la actividad como extintores, conos, señalizaciones, entre otros.	Ley 29783 Principio de prevención	Por evento	0.1%

De superar la penalidad el 10% del monto contractual del Servicio en las presentes cláusulas de penalidad, PETROPERÚ estará facultado para resolver unilateralmente el contrato.

#### 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.
- **Accidente Mortal:** Suceso cuyas lesiones producen la muerte del trabajador.
- **Accidente Incapacitante:** suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, da lugar a descanso, ausencia justificada al trabajo y tratamiento. Para fines estadísticos, no se tomará en cuenta el día de ocurrido el accidente. Según el grado de incapacidad los accidentes de trabajo pueden ser:
  - Total Temporal: cuando la lesión genera en el accidentado la imposibilidad de utilizar su organismo; se otorgará tratamiento médico hasta su plena recuperación.
  - Parcial Permanente: cuando la lesión genera la pérdida parcial de un miembro u órgano o de las funciones del mismo.
  - Total Permanente: cuando la lesión genera la pérdida anatómica o funcional total de un miembro u órgano; o de las funciones del mismo. Se considera a partir de la pérdida del dedo meñique.
- **Incidente Peligroso:** Todo suceso potencialmente riesgoso que pudiera causar lesiones o enfermedades a las personas en su trabajo o a la población.
- **Accidente Leve:** Suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, que genera en el accidentado un descanso breve con retorno máximo al día siguiente a sus labores habituales.
- **Incidente:** Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con el trabajo, en el que la persona afectada no sufre lesiones corporales, o en el que éstas sólo requieren cuidados de primeros auxilios.
- **Accidente de Trabajo:** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, y aun fuera del lugar y horas de trabajo.

#### 22. 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 trabajadores que se encuentran cerca; la no aplicación del “STOP WORK” o el hostigamiento para no aplicarlo será considerado como Falta.

**23. APÉNDICES**

Apéndice 1: Propuesta Económica.

Apéndice 2: Formato Historia Ocupacional

Apéndice 3: Ficha Dermatológica.

Apéndice 4: Ficha Neurológica.

Apéndice 5: Test para Trabajos en Altura Estructural.

Apéndice 6: Test para Trabajos en Espacios Confinados.

Apéndice 7: Ficha de Evaluación Músculo Esquelética.

Apéndice 8: Cuestionario de Audiometría.

Apéndice 9: Hoja de Ruta

Apéndice 10: Manual Corporativo de Seguridad, Salud y protección Ambiental para Contratistas

Apéndice 11: Política de prevención de lavado de activos y de financiamiento del terrorismo, de delitos de corrupción y de gestión antisoborno

Apéndice 12: Cláusula Sistema de Integridad

**APÉNDICE 1:**

**PROPUESTA ECONÓMICA  
ÍTEM N°3**

Ciudad, .....de..... de 2023

Señores:  
Petróleos del Perú Petroperú S.A.

Referencia: "Examen Médico Ocupacional Periódico 2023 para los trabajadores de Refinería Talara 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:

EVALUACIONES	EXÁMENES	N° TRABAJAD.	PRECIO UNITARIO	PRECIO CON IGV	PRECIO PARCIAL
ENTREVISTA AL TRABAJADOR Y EXAMEN CLÍNICO	Evaluación Médica Ocupacional y Examen Físico General	70		-	-
	Evaluación Músculo Esquelética (incluye Cuestionario Nórdico)				
	Evaluación Neurológica según Formato de PETROPERU	70		-	-
	Evaluación: pares craneales, memoria, equilibrio, reflejos y sensibilidad				
	Test para Trabajos en Altura estructural (mayor a 1.8 metros)	58		-	-
LABORATORIO	Test para Trabajos en Espacios confinados				
	Examen Dermatológico según Formato de PETROPERU.	70		-	-
	Prueba Antígena Covid - 19	70		-	-
	Biometría Sanguínea				
	Conteo de glóbulos rojos, glóbulos blancos (absoluto y relativo) y plaquetas. Hemoglobina, hematocrito e índices eritrocíticos (VCM, HCM y CHCM).	70		-	-
	Glucosa	70		-	-
	Ácido Úrico	70		-	-
	Hemoglobina Glicosilada	70		-	-
	Creatinina Sérica	70		-	-
	Úrea Sérica	70		-	-
	Perfil lipídico:				
	* Colesterol Total, HDL, LDL, VLDL	70		-	-
	* Triglicéridos				
	* Riesgo Coronario				
	Transaminasas: TGO, TGP	70		-	-
	Fosfatasa Alcalina	70		-	-
	Dosaje de Antígeno Prostático Específico (PSA):	48		-	-
EXAMEN DE IMÁGENES	Examen Completo de Orina y Sedimento Urinario	70		-	-
	Sangre oculta en heces (thevenon)	51		-	-
	Ecografía abdomino-pélvica completa	70		-	-
	Radiografía de Torax (Postero-Anterior)	70		-	-

EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA	Evaluación médica especializada en Oftalmología, que incluye: * Agudeza Visual y Refracción * Examen de Campo Visual (Campimetría Computarizada) * Oftalmoscopia (Fondo de Ojo) * Evaluación de cámara anterior con lámpara de hendidura * Tonometría de Goldmann o Tonometría de Aire * Apreciación de Colores * Examen Estereoscópico	70		-	-
EVALUACIÓN CARDIOLÓGICA	Evaluación médica especializada en Cardiología: * Evaluación Cardiovascular * Electrocardiograma	70		-	-
	Prueba de Esfuerzo Físico	51		-	-
EVALUACIÓN OTORRINOLAR	Evaluación médica especializada en Otorrinolaringología, que incluye: * Otoscopia convencional o videotoscopia * Audiometría en cabina	58		-	-
EVALUACIÓN NEUMOLÓGICA	Evaluación médica especializada en Neumología, que incluye: * Examen de tórax (aparato respiratorio) * Evaluación radiográfica de torax y espirometría * Espirometría	70		-	-
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	Entrevista y evaluación psicológica especializada Aplicación del examen psicológico ocupacional en sus aspectos cognitivos, afectivos emocionales y factores de riesgos psicosociales asociados, que deberá estar acorde a las normas de salud ocupacional vigentes (Escala de Ansiedad y Depresión SRQ – 18, Test de Estrés de Karasek).	70		-	-
	Test de Fatiga y Somnolencia de Epworth Estrés y Fobias (entre tantos debe incluir cuestionarios para fobia a altura estructural y espacios confinados)	58		-	-
	TOTAL GENERAL S/				-

Son: S/..... (...con 00/100), incluido el I.G.V, la misma que se ajusta a las Condiciones Técnicas alcanzadas.

Atentamente,

Firma:

Nombre:

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

Nota: El presente formato debe ser llenado y presentado como Propuesta Económica en sobrelacrado, sellado y foliado, de no cumplirse se tendrá por no presentada y será descalificada.

## APÉNDICE 2: HISTORIA OCUPACIONAL

Logo de la Clínica	Empresa		PETROLEOS DEL PERU PETROPERU S.A.		
	H.C.L. N°		Fecha		
	Tipo de examen:		<input type="checkbox"/> Preempleo	<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 3:**  
**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 MEDICO:**

- ¿El paciente al examen médico físico presenta alguna lesión sugerente de Dermatopatía? SI ☐ NO ☐
- ¿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 4:**  
**FICHA NEUROLÓGICA**

Logo de la clínica

**FICHA DE EVALUACIÓN  
NEUROLÓGICA**

Pre - Ocupacional:	Ocupacional:	Retiro:	Otros:
Apellidos y Nombres:		N° HC:	
Empresa:		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 Glosofaríngeo: \_\_\_\_\_
- X Vago: \_\_\_\_\_
- XI Accesorio (Espinal): \_\_\_\_\_
- XII Hipogloso: \_\_\_\_\_

CONCLUSIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO MÉDICO



**APÉNDICE 5:**  
**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:
<b>ANTECEDENTES PERSONALES (Referidos por el trabajador)</b>			
	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 marea, ve borroso, siente que se va a caer			
Alcoholismo o abuso de sustancias (adicción)			
<b>Observaciones (especificar si trabajador usa lentes, toma medicamentos, etc.):</b>			
<b>HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO</b>			
CARDIOVASCULAR			
NEUROLÓGICO			
OSTEOMUSCULAR			
EXTREMIDADES			
MARCHA			
<b>PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA EVALUAR ALTERACIÓN VESTIBULAR</b>			
DIX HALLPIKE			
BARANY			
VESTIBULO OCULAR			
ROMBERG			
UNTERBERGER			
BABINSKY-WEILL			
BARRÉ			
<b>CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL PARA EL TRABAJO</b>			

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 6:**  
**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
<b>1. HISTORIA PSICOSOCIAL</b>					
¿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"/>
<b>2. ANAMNESIS GENERAL</b>					
¿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 calambres, entumecimiento o hinchazón 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:					
<b>3. HÁBITOS</b>					
¿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 7:**  
**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 FÍSICA**

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

(\*) 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	
<b>TOTAL</b>					

(\*\*) 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 ☐ NO ☐ Columna Lumbar: SI ☐ NO ☐

Rodilla Derecha: SI ☐ NO ☐ Rodilla Izquierda: SI ☐ NO ☐

Tobillo Derecho: SI ☐ NO ☐ Tobillo Izquierdo: SI ☐ NO ☐

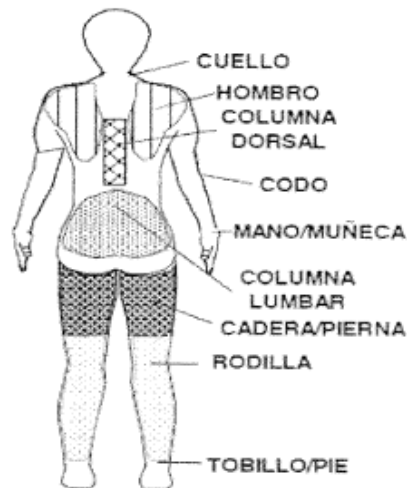
### 5. PALPACIÓN

COLUMNA VERTEBRAL	APÓFISIS ESPINOSAS DOLOROSAS	CONTRACTURA MUSCULAR
Cervical		
Dorsal		
Lumbar		

### CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS 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"/>
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"/>
5. 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 8:**  
**CUESTIONARIO DE AUDIOMETRIA**

LOGO DE CLINICA EVALUADORA

**FICHA DE EVALUACIÓN  
AUDIOMÉTRICA**

Pre - Ocupacional:		Ocupacional:		Retiro:		Otros:	
Apellidos y Nombres:					SCCO:		
Empresa:	PETRÓLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A				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 9:**  
**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:						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		NO		TIPO:	
<b>CONSULTORIOS ESPECIALIZADOS</b>							
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				
<b>EXAMENES DE LABORATORIO</b>							
MUESTRA DE SANGRE	FECHA Y FIRMA	MUESTRA DE ORINA	FECHA Y FIRMA	MUESTRA DE HECES	FECHA Y FIRMA		
OBSERVACIONES							



**APÉNDICE N° 10:**  
**MANUAL CORPORATIVO DE SEGURIDAD, SALUD Y PROTECCION AMBIENTAL PARA**  
**CONTRATISTAS**

**2.2. REQUISITOS DE INGRESO DE TRABAJADOR CONTRATISTA**

Para ingresar a instalaciones de PETROPERÚ se requerirá con la anticipación debida lo siguiente:

- a. Currículo Vitae documentado.
- b. Copia de documento nacional de identidad o carnet de extranjería.
- c. Certificado de antecedentes policiales (máximo con una vigencia de dos meses).
- d. Certificado de antecedentes penales (máximo con una vigencia de dos meses).
- e. Certificado de aptitud médico laboral (CAML), según R.M N° 312-2012-MINSA (acreditación donde indica que el trabajador está sano o con hallazgos clínicos que no generan pérdida de capacidad laboral ni limitan el normal ejercicio de su labor.)
- f. El CONTRATISTA deberá coordinar con el Administrador del Contrato la programación del curso de "Inducción HSE" para su personal, debiendo el trabajador obtener nota aprobatoria mayor a 14.0, para ser considerado apto.

**11.1. GESTIÓN DE RESIDUOS**

**11.1.1. General**

- a. Se alentará la reducción de residuos en la fuente de generación, así como la reutilización, reciclado, la mejora del orden y la limpieza y el entrenamiento de modo de minimizar la generación de residuos.
- b. Las tareas específicas que se lleven a cabo en la instalación pueden dar lugar a la generación de residuos, los mismos que deben ser manejados de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Gestión de Residuos de la Operación de la Empresa.
- c. Se requerirá al Contratista que el manejo que haga de los residuos cumpla las disposiciones del presente Manual y el Procedimiento de Gestión Residuos de la Operación de la Empresa, a fin de cumplir con los requisitos establecidos en la legislación vigente y en los estándares internacionales referentes a la protección ambiental en materia de residuos sólidos.

**11.1.2. Medidas de Control**

Las medidas de control generales a seguir por el CONTRATISTA y su personal son:

- a. Todas las compañías contratistas deben guiar la gestión de los residuos sólidos que generan, hacia la prevención de los impactos ambientales y el cumplimiento de la legislación ambiental vigente.
- b. Llevar un Registro semanal o mensual de volúmenes de residuos generados de acuerdo a la segregación de cada operación.
- c. Segregar, almacenar, transportar y disponer los residuos sólidos que hubieran generado durante el desarrollo de las actividades realizadas. No se permitirá la acumulación de residuos en la Obra. Todos los residuos, desperdicios y materiales excedentes deberán ser removidos en intervalos máximos de 2 (dos) días, salvo indicación de la Operación de la Empresa.
- d. Disponer en contenedores, los residuos sólidos peligrosos y no peligrosos que genere, de acuerdo al Procedimiento de Gestión de Residuos Sólidos de cada Operación de la Empresa.
- e. En caso de haberse generado residuos que por su tamaño no pueden almacenarse en contenedores, deberá coordinar con el Supervisor que administra el contrato para determinar el lugar de almacenamiento temporal.
- f. No está permitida la quema de residuos, ni la utilización de sustancias o productos químicos para su control o tratamiento.
- g. El Contratista deberá contar con el plan de contingencias de la empresa prestadora de residuos sólidos EPS-RS ó EPS-EC, autorizada por DIGESA, con las acciones a tomar en caso de la ocurrencia de un evento no previsto como derrame, incendio, explosión entre otros accidentes.
- h. Se dispondrán los residuos no peligrosos en los lugares autorizados por DIGESA.
- i. Los residuos peligrosos deberán ser clasificados y almacenados por "El Contratista" y remitirá a la dependencia encargada de la gestión ambiental de cada Operación de la Empresa, el reporte de los volúmenes generados que serán transportados hasta su disposición final por la empresa EPS-RS, para la elaboración del Manifiesto de Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos por cada operación de traslado.

**11.1.3. Clasificación y Manejo de Residuos**

Para una adecuada gestión de residuos "El Contratista" clasificará y dispondrá los residuos de acuerdo al Procedimiento de Gestión Residuos de cada Operación de la Empresa.

## APÉNDICE N° 11

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

#### **“Prevención de 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 solicitar la 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”.*

## **APÉNDICE N° 12**

### **CLÁUSULA 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/>.”*