

RESOLUCIÓN 497

ANEXO I. SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

REGISTRO DE DIFENILOS POLICLORADOS AÑO 2016

N° SIMPLIFICACIÓN
REG.

REGISTRO GENERAL DE ENTRADA (*)

Número de entrada
Fecha de entrada

(*) Datos a completar por la SRT

1- DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

Código de ART (0)	
C.U.I.T. (1)	
N° Contrato de A.R.T.:	
Nombre o Razón Social (2)	
Domicilio Legal (3)	
Localidad (4)	
Provincia (5)	
Código Postal (6)	
Teléfono (7)	
Nombre del Establecimiento (8)	
Domicilio del establecimiento (9)	
Localidad (10)	
Provincia (11)	
Código Postal (12)	
Teléfono (13)	

Los datos se recolectan únicamente para ser utilizados con motivo de la relación comercial que lo vincula/rá con la Compañía (Art. 6 Ley 25.326/00). Disposición 10/08, Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Art. 1 "El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326". Art. 2 "La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".

2- RESPONSABLE DE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE INFORME

Apellido y Nombre (14)	
N° y Tipo de Documento de Identidad (15)	
C.U.I.T. o C.U.I.L. N° (16)	
Fecha (17)	
Representación (18)	
FIRMA Y SELLO	

PARA QUE ESTA INFORMACIÓN SEA PROCESADA DEBERÁN COMPLETAR TODOS LOS CASILLEROS.
POR FAVOR VERIFIQUE ANTES DE PRESENTARLA

3- OTROS DATOS GENERALES

Actividad principal de la empresa –C.I.I.U- (19.a)	
Actividad principal del establecimiento – C.I.I.U - (19.b)	
Trabajadores en administración (20)	
Trabajadores en producción (21)	
Total de Trabajadores (22)	

4- SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Responsable (23) Apellido y Nombres	
Nº y Tipo de Documento de Identidad (24)	
C.U.I.T. o C.U.I.L. Nº (25)	
Nº de Registro (26)	
Asignación de horas-profesional mensuales (27)	
FIRMA Y SELLO	

5 - SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

Responsable (28) Apellido y Nombres	
Nº y Tipo de Documento de Identidad (29)	
C.U.I.T. o C.U.I.L. Nº (30)	
Nº de Registro (31)	
Asignación de Horas-médico semanales (32)	
FIRMA Y SELLO	

6 - EXISTENCIA ACTUAL Y FORMA DE UTILIZACIÓN (33)

SECTOR	NOMBRE COMERCIAL (*)	FORMA DE UTILIZACIÓN					EXPERIENCIA ACTUAL
		D	FH	MP	AL	OT	

PARA QUE ESTA INFORMACIÓN SEA PROCESADA DEBERÁN COMPLETAR TODOS LOS CASILLEROS.
POR FAVOR VERIFIQUE ANTES DE PRESENTARLA

7 - CARACTERÍSTICAS DEL DEPÓSITO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN. Habilitación y autorizaciones (34)

8 - CROQUIS DE UBICACIÓN (35)

--

9 - MODIFICACIONES EN UBICACION Y/O CANTIDAD (36)

Fecha de Traslado	
Cantidad Anterior	
Cantidad Actual	
Ubicación Anterior	
Ubicación Actual	
Disposición Final	

Personal involucrado en el manipuleo, en cualquiera de sus formas

APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	ANTIG. TRABAJO	C.U.I.L

10 – MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS (37)

Ambientes y Equipos en los que se encuentra	SI	NO
Depósito	SI	NO

(*) Definiciones según Resolución M.T.S.S. N° 369/91 de fecha 24 de abril de 1991 y de las normas que en el futuro la modifiquen o la reemplacen.

INSTRUCTIVO DE ANEXO I**1- DATOS GENERALES DE LA EMPRESA**

- (0) Se indicará el nombre y Código de ART a la que se encuentra afiliada la empresa.
- (1) Se indicará el número de C.U.I.T. de la empresa.
- (2) Denominación completa, siglas de la firma o empresa informante, según estatuto, contrato o documento, por la que ha sido constituida y/o habilitada para operar en el país.
- (3) Considerar calle, número, piso, departamento, oficina correspondiente al domicilio legal.
- (4) Nombre de la localidad, ciudad o lugar geográfico.
- (5) Indicar el nombre de la Provincia al que pertenece el domicilio legal.
- (6) Transcribir el número de Codificación Postal, sin separarlo con guiones o puntos, que le corresponde al domicilio legal, en base a la Guía de Números Postales del Correo Argentino.
- (7) Número telefónico del domicilio legal.
- (8) Denominación completa del establecimiento o centro de trabajo, que presenta el informe.
- (9) Ubicación del establecimiento: calle y número.
- (10) Indicar localidad, ciudad o lugar geográfico donde se encuentra el establecimiento.
- (11) Señalar nombre de la Provincia correspondiente al domicilio del establecimiento.
- (12) Transcribir el número de Codificación Postal, que le corresponde al domicilio del establecimiento en base a la Guía de Números Postales del Correo Argentino.
- (13) Número telefónico del domicilio del establecimiento.

2 -RESPONSABLE DE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL INFORME-

- (14) Transcribir textualmente el/los apellido/s y nombre/s de la persona responsable de todos los datos contenidos en la presentación del Anexo II del Registro de Sustancias y Agentes Cancerígenos tal como figura en el documento de identidad citado en (15)
- (15) Consignar el número y tipo de documento respectivo indicando las siglas que le correspondan (C.I.; L.E.; L.C.; D.N.I.).
- (16) Consignar el número de C.U.I.T. o C.U.I.L. del responsable de los datos contenidos en el informe.
- (17) Día, mes y año en que firma el Registro de sustancias cancerígenas el responsable del mismo.
- (18) Código de representación, firma y sello aclaratorio del responsable de la exactitud de los datos consignados en el informe.

Se considerará válida la representatividad de las personas que ejerzan las funciones enumeradas según código, siempre que posean poder al efecto.

La representatividad se expresará por el siguiente código:

- 01 - Representante Legal
- 02 - Presidente
- 03 - Director General
- 04 - Administrador General
- 05 - Vicepresidente
- 06 - Gerente General

3 - OTROS DATOS GENERALES

- (19.a) Actividad principal de la empresa – C.I.I.U -
- (19.b) Indique el código de actividad principal del establecimiento, según la codificación de actividad adjunta en el formulario 454 o 150 de la DGI
- (20) Se cumplimentará con el número total de trabajadores en tareas exclusivamente administrativas, es decir, trabajadores en actividades que no sean de producción.
- (21) Se colocarán el total de trabajadores en tareas o en procesos de producción. (Se han de incluir los administrativos expuestos a los riesgos de producción).
- (22) Se refiere al total de trabajadores en producción y administración, es decir, se colocará la suma de los anotados en (20) y (21).

4 - SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

- (23) Transcribir textualmente el apellido y nombre de la persona responsable del Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo, tal como figura en su documento de identidad.
- (24) Consignar el número de documento de identidad y tipo del mismo (C.I.; L.E., L.C., D.N.I.)
- (25) Indicar el número de C.U.I.T. o C.U.I.L., tachar lo que no corresponda.
- (26) Indicar el número de Registro Unico de Graduado Universitario, en caso de poseerlo, o Título Habilitante y la Certificación de su especialidad emitida por los Consejos y/o Colegios Profesionales de Ley de la jurisdicción que corresponda, según lo prescripto por la Res. SRT N° 201/01.
- (27) Indicar la asignación de horas-profesional mensuales en el establecimiento dispuesta por artículo 12° del Decreto N° 1338/96.

5 - SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

- (28) Transcribir textualmente el apellido y nombre de la persona responsable del Servicio de Medicina del Trabajo, tal como figura en su documento de identidad.
- (29) Consignar el número de documento de identidad y tipo del mismo (C.I.; L.E., L.C., D.N.I.)
- (30) Indicar el número de C.U.I.T. o C.U.I.L., tachar lo que no corresponda.
- (31) Indicar el número de matrícula de Médico Laboral otorgado por el Ministerio de Salud y Acción Social.
- (32) Indicar la asignación de horas-médico semanales en el establecimiento dispuesta por artículo 7° del Decreto N° 1338/96.

6 - EXISTENCIA ACTUAL Y FORMA DE UTILIZACIÓN

- (33) En la columna "Sector" se consignar el sector donde se hallan los Difenilos Policlorados. En la columna "Forma de Utilización" se consignar la forma en que se utilizan los Difenilos Policlorados. D: (Fluido Dieléctrico). Se consignará en caso que se utilicen como fluido dieléctrico en transformadores, capacitores, etc.
PH: (Fluido hidráulico). Se consignará cuando se utilicen como fluido hidráulico en elevadores, criques. etc.
MP: (Materia Prima). Se indicará cuando se utilicen como materia prima en la elaboración de productos.
AL: (Almacenamiento). Se indicará cuando se almacenen sin posterior destino productivo o comercial.
OT:(Otros). Se indicará cualquier otro destino no contemplado anteriormente.

7 - CARACTERÍSTICAS DEL DEPÓSITO

- (34) Se consignará las características edilicias y las medidas de prevención para evitar derrames y contaminación. Asimismo se indicará si dicho Depósito, además de cumplir con los requisitos establecidos según Resolución M.T.S.S. N° 369/91, Anexo I, punto 8; posee habilitación municipal ó autorización de funcionamiento expedida por el organismo provincial competente.

PARA QUE ESTA INFORMACIÓN SEA PROCESADA DEBERÁN COMPLETAR TODOS LOS CASILLEROS.
POR FAVOR VERIFIQUE ANTES DE PRESENTARLA

8 - CROQUIS DE LA UBICACIÓN EN PLANTA Y CALLES PERIMETRALES

- (35) Se adjuntará croquis en hoja tamaño carta con la ubicación de los Difenilos Policlorados en el establecimiento y las calles perimetrales del mismo.

9 - MODIFICACIONES EN UBICACIÓN Y/O CANTIDAD

- (36) Se consignará cuando se produzcan modificaciones en la ubicación y/o en la cantidad de Difenilos Policlorados en el establecimiento.

Fecha de Traslado: Se indicará la fecha en que se recibió o se remitió.

Cantidad Anterior: Se indicará la cantidad en existencia previo a la recepción o al envío.

Cantidad Actual: Se indicará la cantidad existente a la fecha.

Ubicación Anterior: Se indicará el lugar en planta donde se hallaba ubicado hasta la fecha.

Ubicación Actual: Se indicará el lugar en planta donde se halla ubicado actualmente.

Disposición Final: En el caso que los Difenilos Policlorados sean destinados a la Disposición Final en su carácter de residuos o desechos, se consignarán los datos correspondientes a la Autorización otorgada por la Autoridad Ambiental Competente (organismo, N° expediente, fecha, resolución administrativa, etc.).

Personal involucrado en el manipuleo, en cualquiera de sus formas: Se indicará el Nombre y Apellido, Edad, Antigüedad en la Empresa y el Número de C.U.I.L. del personal involucrado en las tareas en las que se utilicen y/o trasladen Difenilos Policlorados.

10 - MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS

- (37) Se consignará si dispone de medidas de prevención de incendios tanto en depósitos como en los locales donde se almacenen o utilicen Difenilos Policlorados.