

**POLITICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**COMITÉ DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO**  
**PL-06-SST: POLÍTICA DE NEGARSE AL TRABAJO INSEGURO**

---

**I OBJETIVO:**

Contar con una política que permita a los trabajadores de la empresa a **NEGARSE A REALIZAR EL TRABAJO ASIGNADO**, si después de su evaluación de riesgo para el trabajo, determina que su labor puede amenazar su integridad física, su vida o la de sus compañeros.

**II ALCANCE:**

Aplica a todo el personal de la empresa

**III RESPONSABILIDAD:**

- El trabajador es responsable de comunicar de manera inmediata y oportuna al Supervisor de que la labor asignada pone en riesgo eminente su integridad física, su vida o la de sus compañeros.
- El Supervisor es responsable de evaluar la situación in situ y determinar si es viable o no que se continúen las labores bajo su responsabilidad siempre y cuando se haya disminuido el riesgo a niveles tolerables; de lo contrario reasignará al trabajador a que realice otra labor.
- El área de Recursos Humanos de la empresa es la responsable, de evaluar los casos en que el trabajador no esté conforme con la medida adoptada por el Supervisor y en cuando la negativa a realizar el trabajo sea injustificada y establecerá las sanciones del caso según corresponda.

**IV DEFINICIONES:**

A fin de poder establecer el procedimiento de forma clara se debe de definir los siguientes términos:

**TRABAJO INSEGURO:** Toda Labor o Procedimiento que no observe las medidas de prevención y procedimientos de trabajo seguro contemplados en el IPER, Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo y Manuales de la Empresa. Dicha inobservancia debe de poner en peligro eminente la vida y/o salud de los trabajadores de la empresa.

**SUPERVISOR:** entiéndase por este término al Supervisor de Área y los Capataces.

**V PROCEDIMIENTO:**

1. El trabajador deberá de comunicar al supervisor– de forma clara e inmediata las razones de la negativa para no realizar el trabajo.
2. El trabajador deberá de llenar el Anexo 1 (Ficha de Declaración de Trabajo Inseguro) indicando nombres – DNI – Área – fecha – razón de la negativa al trabajo – firma – conformidad o inconformidad con la medida tomada por el Supervisor.
3. El Supervisor verificará las condiciones de trabajo in situ bajo responsabilidad.
4. Solo podrá continuarse con las labores siempre y cuando se haya reducido el riesgo a un nivel tolerable, esto se comprobará con la conformidad del Trabajador, la cual deberá de ser consignada en el Anexo 1.

Preparado por	Aprobado por	Fecha
Comité de seguridad y Salud en el Trabajo		

**POLITICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**COMITÉ DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO**

**PL-06-SST: POLÍTICA DE NEGARSE AL TRABAJO INSEGURO**

---

5. Si no se puede mitigar el riesgo, el Supervisor deberá de asignar al trabajador a otra labor, dicha reasignación deberá de contar con la conformidad del Trabajador en el Anexo 1.
6. El Supervisor y/o Jefe deberá de consignar en el Anexo 1 (Ficha de Declaración de Trabajo Inseguro) la siguiente información:
  - a. Nombres, Apellidos y DNI
  - b. Cargo
  - c. Calificar si es justificada o no la para en las labores
  - d. Indicar si se puede o no mitigar el riesgo
  - e. Medidas a tomar
7. En caso de no Conformidad del trabajador sobre la medida a tomar por parte del Supervisor, se deberá de reportar dicha situación al Área de Recursos Humanos para que analice el caso y de corresponder establecer la sanción aplicable.
8. En caso de que la negativa a realizar la tarea sea injustificada, el caso se pondrá a disposición del Área de Recursos Humanos a fin de que se establezca la sanción correspondiente.

Preparado por	Aprobado por	Fecha
Comité de seguridad y Salud en el Trabajo		

**POLITICAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**COMITÉ DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO**  
**PL-06-SST: POLÍTICA DE NEGARSE AL TRABAJO INSEGURO**

**ANEXO 1**

**Declaración de Trabajo Inseguro**

YO \_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_ solicito el derecho a negarme a realizar labores que representan un peligro para mi y/o compañeros.

Indicar el motivo de la para de labores:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador Solicitante

**EVALUACIÓN**

NOMBRE \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

CARGO:  SUPERVISOR  CAPATAZ  JEFE DE PLANTA

EL MOTIVO DE LA PARA ES JUSTIFICADO: SI  NO

SE PUEDE MITIGAR EL RIESGÒ: SI  NO

MEDIDAS A TOMAR : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR:  
CONFORME CON LA MEDIDA TOMADA POR EL

SUPERVISOR: SI  NO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Preparado por Comité de seguridad y Salud en el Trabajo	Aprobado por	Fecha
---	--------------	-------