



Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

“2019 – AÑO DE LA EXPORTACIÓN”

ANEXO II

## **PROCEDIMIENTO PARA INFORMAR LA PRESENCIA DE SUSTANCIAS Y AGENTES CANCERÍGENOS**

### **1. PRESENTACIÓN DEL EMPLEADOR O EMPLEADOR AUTOASEGURADO**

Los empleadores y empleadores autoasegurados (EA) alcanzados por alguna de las situaciones previstas en el artículo 5° de la presente resolución deberán informar a sus respectivas Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) o a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT), según corresponda, la presencia en sus establecimientos de las sustancias listadas en el Anexo I, mediante los sistemas informáticos establecidos en el artículo 7° del presente cuerpo normativo o los que en el futuro los sustituyan.

### **2. PLAZO DE LA PRESENTACIÓN**

La referida presentación detendrá carácter de declaración jurada y deberá realizarse anualmente antes del 01 de abril, con la información correspondiente al año calendario anterior.

### **3. OBLIGACIONES DE LAS ASEGURADORAS**

- 3.1. Asesoramiento. A los efectos de favorecer la correcta y oportuna inscripción de los empleadores en el SVCC, las ART deberán brindar asesoramiento y ofrecer asistencia a sus empleadores afiliados comprendidos en la presente Resolución.



Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

“2019 – AÑO DE LA EXPORTACIÓN”

## ANEXO II

La inobservancia de lo dispuesto en el presente apartado se calificará como incumplimiento GRAVE 3.

- 3.2. Inscripción del empleador en el SVCC. Las ART deberán remitir a la SRT la información presentada por los empleadores según lo establecido en el apartado 2 del presente Anexo, en un plazo de CUARENTA (40) días corridos contados a partir del día de su recepción. Ello conforme los métodos y estructuras de datos establecidos en el presente anexo o los que en el futuro determine la Subgerencia de Sistemas en virtud de las atribuciones conferidas por el artículo 13 de la presente resolución.

La falta de remisión de la información por parte de la ART se calificará como falta MUY GRAVE 1.

Cuando la remisión se realice vencidos los plazos fijados, se considerará como incumplimiento LEVE 1 si la falencia se subsana dentro de los primeros TREINTA (30) días de operado el vencimiento del plazo y como incumplimiento GRAVE 1 si la remisión se efectiviza superado dicho plazo.

- 3.3. Denuncia por falta de inscripción. En aquellos casos en los que las ART detecten que un empleador que debió haberse inscripto en el SVCC no lo haya realizado, deberán intimar a su afiliado dentro del plazo de DIEZ (10) días corridos



Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

ANEXO II

contados a partir de la fecha de su detección, para que proceda a la inscripción en un plazo no mayor a VEINTE (20) días corridos contados a partir de la mentada notificación.

En caso de no evidenciarse la inscripción instada, la ART deberá denunciar el incumplimiento ante la SRT dentro de los CINCO (5) días.

Se entiende que el empleador no cumplió con la obligación de inscribirse en el SVCC -lo que genera la obligación de intimar de la aseguradora- en los siguientes supuestos:

- Que el empleador haya estado inscripto en algún período anterior y no cumplió con su obligación al año siguiente;
- Que en oportunidad de una visita al establecimiento se detecte que se encuentra comprendido dentro de los términos del artículo 5° del presente;
- Que corresponda en virtud de lo informado en el relevamiento de agentes de riesgo de enfermedades profesionales o lo declarado en el Relevamiento General de Riesgos Laborales;
- Que por cualquier otra forma, modo o circunstancia, se haya detectado la presencia en el establecimiento de sustancias o agentes incluidos en el Anexo I y/o alguna de las circunstancias de exposición descriptas en el presente Anexo.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente apartado por parte de la ART se calificará como falta GRAVE 4.



Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

ANEXO II

Cuando la intimación y/o la denuncia se realicen vencidos los plazos fijados, se considerará como incumplimiento LEVE 1 si la falencia se subsana dentro de los primeros TREINTA (30) días de operado el vencimiento del plazo y como incumplimiento GRAVE 1 si la misma se efectiviza superado dicho plazo.

- 3.4. Denuncia por discrepancia. En caso de detectarse discrepancias entre lo declarado por el empleador y la información con la que cuenta la ART —sea a partir de visitas efectuadas al establecimiento, el relevamiento de agentes de riesgo de enfermedades profesionales o cualquier otra forma de toma de conocimiento, la ART deberán intimar a su afiliado dentro del plazo de DIEZ (10) días corridos contados a partir de la fecha de su detección -indicando claramente el motivo de la discrepancia- a que proceda a la adecuación o justificación de la información presentada en un plazo que no podrá superar los VEINTE (20) días corridos de efectuada la notificación.

En caso de no evidenciarse la adecuación o justificación instadas, la ART deberá denunciar el incumplimiento ante la SRT dentro de los CINCO (5) días.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente apartado por parte de la ART se calificará como falta GRAVE 3.

Cuando la intimación y/o la denuncia se realicen vencidos los plazos fijados, se considerará como incumplimiento LEVE 1 si la falencia se subsana dentro de los



Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

ANEXO II

primeros TREINTA (30) días de operado el vencimiento del plazo y como incumplimiento GRAVE 1 si la misma se efectiviza superado dicho plazo.

4. INFORMACIÓN A REMITIR AL SVCC

Sin perjuicio de las reglamentaciones posteriores, a fin de favorecer el cumplimiento de las previsiones de la presente norma, se detalla a continuación la información que deberá integrarse al SVCC.

CAMPO	DESCRIPCIÓN
<b>INFORMACION DE LA EMPRESA</b>	
CUIT:	Número de CUIT de la Empresa.
<b>INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
IDESTABLECIMIENTO_EMPRESA	Identificador único que hace referencia al registro de la tabla ESTABLECIMIENTOS_EMPRESAS correspondiente.
Nº Est. Único:	Numero asignado por la SRT cuando la Aseguradora da de alta el establecimiento. Número de identificación establecimiento empresa asignado por la SRT.
CIU Real de la actividad del establecimiento:	Indicar el código de actividad real del establecimiento de acuerdo al formulario F. 883 –Nomenclador de Actividades Económicas de inscripción de la AFIP.
Contacto:	Nombre completo de la persona a contactar en el establecimiento
Teléfono:	Teléfono de referencia
Mail:	Correo electrónico de referencia
Cantidad Trabajadores Propios: Administrativos	Indicar la cantidad de trabajadores administrativos propios del empleador que desarrollan actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.
Cantidad Trabajadores Propios: Producción	Indicar la cantidad de trabajadores de producción propios del empleador que desarrollan actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.
Cantidad de Trabajadores Empresas de Servicios Eventuales Administrativos:	Indicar la cantidad de trabajadores administrativos de empresas, de servicios eventuales que desarrollan actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.
Cantidad de Trabajadores Empresas de Servicios Eventuales Producción:	Indicar la cantidad de trabajadores de producción, de empresas de servicios eventuales que desarrollan actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.
verID	Identificador que hace referencia a la versión correspondiente de un formulario único.
observaciones	Descripción opcional
<b>INFORMACIÓN DE EMPRESAS CONTRATISTAS</b>	
CUIT:	Número de CUIT de la Empresa Contratista.
CIU:	Indicar el código de actividad real de la actividad desarrollada por la empresa Contratista, de acuerdo al formulario F. 883 –Nomenclador de Actividades Económicas de inscripción de la AFIP.
Cantidad de Trabajadores:	Indicar la cantidad de trabajadores de la empresa Contratista que desarrolla actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.

Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

## ANEXO II

<b>INFORMACION DE EMPRESAS TERCERIZADAS</b>	
CUIT:	Número de CUIT de la empresa tercerizada.
CIU:	Indicar el código de actividad real de la actividad desarrollada por la empresa tercerizada, de acuerdo al formulario F. 883 –Nomenclador de Actividades Económicas de inscripción de la AFIP.
Cantidad de Trabajadores:	Indicar la cantidad de trabajadores de la empresa tercerizada que desarrolla actividades en el establecimiento sobre el cual se está realizando la presentación de la Declaración Jurada.
<b>INFORMACION DE RESPONSABLE DE DATOS DEL REGISTRO</b>	
CUIL / CUIT:	Número de CUIL o CUIT del responsable de la Declaración Jurada.
Firma en carácter de:	Cargo que ocupa en la empresa el responsable de los datos de la Declaración Jurada.
Tipo profesional responsable	Identificador que hace referencia al tipo de responsable (registro de datos, HyS, etc.)
<b>INFORMACION DE RESPONSABLE DE HIGIENE Y SEGURIDAD</b>	
CUIL / CUIT:	Número de CUIL o CUIT del responsable de la Declaración Jurada.
Matricula (Nro. Colegio /Profesional)	Informar matricula y Colegio Profesional del Responsable
Carácter	Cargo que ocupa en la empresa el responsable de los datos de la Declaración Jurada.
Tipo profesional responsable	Identificador que hace referencia al tipo de responsable (registro de datos, HyS, etc.)
Asignación de horas profesionales (mensuales)	Asignación de horas realizada por el responsable mensualmente
<b>INFORMACION DE RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO</b>	
CUIL / CUIT:	Número de CUIL o CUIT del responsable del Servicio de Medicina del Trabajo del establecimiento.
Matricula (Nro. Colegio /Profesional)	Indicar el número de matrícula profesional y entidad que la otorgó, del responsable del Servicio de Medicina del Trabajo del establecimiento.
Carácter	Indicar si el Servicio de Medicina del Trabajo del establecimiento es interno o externo.
Tipo profesional responsable	Identificador que hace referencia al tipo de responsable (registro de datos, HyS, etc.)
Asignación de horas profesionales (mensuales)	Asignación de horas realizada por el responsable mensualmente
<b>INFORMACION DE PUESTOS Y SECTORES</b>	
PUESTO	ID que hace referencia al puesto de trabajo en la tabla de puestos de la SRT.
Descripción de la actividad del puesto afectado	Descripción del puesto que está siendo afectado por alguna sustancia (no de todos los puestos).
Sector	Nombre del sector.
CIU del sector	CIU relacionado a la actividad del sector declarado.
<b>INFORMACION DE SUSTANCIAS CANCERIGENAS</b>	
ID del Establecimiento Declarado	Identificador único que hace referencia al establecimiento declarado en el que está presente la sustancias cancerígenas.
ID de sustancias	Identificación de la sustancia cancerígena de acuerdo al ANEXO I de la presente Resolución.
Tipo de Agente	Tipo de agente de riesgo. Posibles valores: Según Tipo de Agente definido x Agente de Riesgo ESOP (campo 76) - FISICO - QUIMICO - BIOLOGICO
Nombre Comercial	Nombre comercial del agente. Si no posee o no se comercializa, dejar en blanco. Para las Radiaciones Ultravioleta, los agentes biológicos y Humo de Tabaco Ajeno no se debe informar.
Uso/Origen	Uso u origen del agente de riesgo. Posibles valores: Comercialización – Aditivo – Desinfectante – Disolvente – Pigmento – Plastificante - Componente de Equipo Industrial - Componente de Equipo Médico – Ambiental - Originado en el Proceso Industrial - Uso Médico - Uso Farmacéutico - Uso Terapéutico - Uso Veterinario - Uso forense - Uso en Seguridad - Uso Investigación – Docencia - Energía Nuclear – Otros.
Modo de Empleo	Modo de Empleo. Posibles valores según caso de que se haya indicado en Uso/origen: Ambiental, éste ítem no debe completarse. Materia Prima - Producto intermedio - Producto Final – Almacenamiento – Medicamento – Comercialización – Fraccionamiento - Tratamiento/ Diagnóstico - Desecho de producción – Pericial – Tratamiento - Diagnóstico – Mediciones - Control de Seguridad – Mantenimiento –

Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

## ANEXO II

	Ventas - Aeronavegación – Minería – Otros
Puestos	Se debe indicar el o los sectores donde se utiliza o hay presencia del agente de riesgo.
Cant. Trabajadores Expuestos x Agente y Puesto/Sector	Campo calculado que indica la cantidad de trabajadores expuestos a cada Agente de Riesgo por Puesto/ Sector.
Cantidad Anual	Cantidad de producto utilizado anualmente. Según Uso/Origen: Componente de Equipo Industrial; Ambiental o Componente de Equipo Médico, éste ítem no debe completarse.
Unidad de Medida	Unidad de Medida. Se indicará la unidad de medida de la cantidad de producto utilizado (Ton.; kg.; m3; lt.; etc.). Según Uso/origen: Componente de Equipo Industrial; Ambiental o Componente de Equipo Médico, éste ítem no debe completarse.
<b>INFORMACIÓN DE EXAMENES MÉDICOS</b>	
ID de examen médico	IDs que hacen referencia a los exámenes médicos llevados a cabo en relación a las sustancias declaradas
<b>INFORMACION DE ESTUDIOS AMBIENTALES ESPECIFICOS</b>	
Frecuencia	Frecuencia en la que se realiza el examen en cuestión
Metodología Empleada	Examen - Metodología empleada en estos estudios
<b>INFORMACIÓN DE ESTUDIOS BIOLÓGICOS ESPECÍFICOS</b>	
Frecuencia	Frecuencia en la que se realiza el examen en cuestión
Análisis clínicos y/o estudios complementarios específicos	En caso de corresponder, indicar cuáles son los estudios que se realizan.
<b>INFORMACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN</b>	
Medidas de prevención implementadas	Ids que hacen referencia a las Medidas Prevención aplicadas en un puesto afectado.
Información sobre riesgos para la salud	Campo SI/NO para indicar si se le suministra al trabajador información sobre los riesgos para la salud del agente de riesgo utilizado.
Capacitación sobre riesgos para la salud	Campo SI/NO para indicar si se realiza capacitación al trabajador sobre los riesgos para la salud del agente de riesgo utilizado.
Entrega Elementos de Protección Personal	Campo SI/NO para indicar si se le provee EPP al personal de acuerdo a la Res. SRT 299/11 en el puesto afectado
EPP entregados	IDs que hacen referencia a los EPP entregados a los trabajadores en el puesto afectado.
Estudios y posibilidades de reemplazo de la sustancia	Estudios y posibilidades de reemplazo de la sustancia
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL AGENTE HUMO DE TABACO AJENO</b>	
¿Cuenta con lugares cerrados donde se permita fumar?	Indicar si el establecimiento cuenta con espacios cerrados en los que se permita fumar.
¿Está permitido fumar en el lugar de trabajo conforme la normativa local?	Indicar si la legislación local permite fumar en el ámbito del trabajo.
<b>INFORMACIÓN DE PROVEEDORES DE SUSTANCIAS CANCERIGENAS</b>	
Sustancias	IDs que hacen referencia a las Sustancias Declaradas las cuales le provee a la empresa.
Nombre Químico y comercial de la sustancia y/o producto provisto	Denominación científica y nombre por el cual el fabricante registra el mismo a los fines de comercialización
CUIT:	Número de CUIT del Proveedor
<b>INFORMACION DE COMPRADORES DE SUSTANCIAS CANCERIGENAS</b>	
Sustancias	IDs que hacen referencia a las Sustancias Declaradas las cuales le compra a la empresa.
Nombre Químico y comercial de la sustancia y/o producto provisto	Denominación científica y nombre por el cual el fabricante registra el mismo a los fines de comercialización
CUIT:	Número de CUIT del Comprador
<b>INFORMACIÓN DE EQUIPOS RADIOLÓGICOS</b>	
Marca	Se indica la marca o fabricante del equipo.
Modelo	Se indica modelo del equipo.
Tipo	Se indica el tipo de equipo. Posibles valores: Equipo para gammagrafía, radiología,

Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

## ANEXO II

	Fluoroscopia, angiografía, radioterapia, Acelerador lineal u Otros.
Característica	Característica de Equipo. Posibles valores: Fijo, Móvil o Portátil.
Tipo de Radiación emitida o generada	Indicar tipo de equipo. Posibles valores: - Alfa, $\beta$ - Beta, $\gamma$ - Gamma, Rayos X, Neutrones, Radiación Ionizante o NORM, Radiación Ionizante - Cósmica
Actividad (Curie)	Actividad (Curie)
Radioisótopo de la Fuente	Radioisótopo de la Fuente.
Tipo de Fuente	Tipo de fuente. Posibles valores: Sellada o No Sellada.
Observaciones	Para aquellos equipos que por su especificidad requieran mayores datos para su caracterización, deberán indicarse en este campo.
<b>INFORMACIÓN DE POTENCIA - PARA EQUIPOS DE RAYOS X O ACELERADORES LINEALES</b>	
Potencia - Volt Para equipos de Rayos X o Aceleradores Lineales	Potencia Equipo KVP
Potencia - mAp Para equipos de Rayos X o Aceleradores Lineales	Potencia Equipo mAp
Potencia - MeV Para equipos de Rayos X o Aceleradores Lineales	Potencia Equipo MeV
<b>INFORMACIÓN DE PROCESADO DE IMÁGENES DE LOS EQUIPOS</b>	
Procesamiento Imágenes	Campo SI/NO que indica si se realiza o no procesamiento de imágenes.
Método	Método utilizado: Manual, Automático o Digital.
<b>INFORMACIÓN DE MONITOREO DE DOSIMETRÍA</b>	
Cantidad de Personal	Cantidad de personal a la que se le realiza dosimetría, se debe incluir al personal no propio que se le realice el monitoreo por dosimetría.
Tipo	Tipo de dosimetría empleada: personal, ambiental, de área, etc.
Método	Método de dosimetría empleada: film, termoluminiscencia (TLD), luminiscencia ópticamente estimulada (OSL), etc.
CUIT Empresa Responsable de Dosimetría	Número de CUIT de la Empresa Responsable Dosimetría
<b>INFORMACIÓN DE RESPONSABLES DE LA INSTALACIÓN/OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS</b>	
CUIL	CUIL del responsable.
Disposición/ Nro. de Licencia Habilitante	Indicar Disposición/ Nro. de Licencia Habilitante de acuerdo a la autoridad de aplicación otorgante: Ministerio de Salud y Desarrollo Social o Autoridad Regulatoria Nuclear, según corresponda y equipo o fuentes habilitadas.
Dirección	Domicilio Habilitación
Fecha de Expedición	Fecha Expedición
Fecha de Vencimiento	Fecha Vencimiento
<b>INFORMACIÓN DE RESPONSABLES DE USO DE LOS EQUIPOS</b>	
CUIL	CUIL del responsable.
Autorización individual	Indicar Nro. de Autorización Individual de acuerdo a la autoridad de aplicación otorgante: Ministerio de Salud y Desarrollo Social o Autoridad Regulatoria Nuclear, según corresponda.
Nro. de Permiso habilitante	Indicar Nro. de Permiso Habilitante de acuerdo a la autoridad de aplicación otorgante: Ministerio de Salud y Desarrollo Social o Autoridad Regulatoria Nuclear, según corresponda y equipamiento o fuentes habilitadas.
Matrícula Profesional	Indicar Título y el Nro. de matrícula y entidad otorgante del Profesional Responsable de Uso.
Fecha de Expedición	Fecha Expedición
Fecha de Vencimiento	Fecha Vencimiento
<b>INFORMACIÓN DE LOS ENCARGADOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA</b>	
CUIL	CUIL del responsable.
Título	Título Profesional
Matrícula Profesional	Nro. Matrícula Profesional y Entidad Habilitante
Habilitación / Designación	Nro. Habilitación
Licencia Especial por índole de la Tarea (Insalubridad)	
<b>INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES EXPUESTO/NO EXPUESTOS</b>	
CUIL	CUIL del trabajador





Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

ANEXO II

Puestos	Se debe indicar el o los puestos donde se utiliza o hay presencia del agente de riesgo.
Sector	ID que referencia al sector declarado en el que pertenece el puesto en el que la persona en cuestión trabaja (relacionado al campo de arriba).
Establecimiento	ID que referencia al establecimiento declarado en el que pertenece el trabajador (en el que también se encontraría el puesto/sector que se está informando).
Sustancias	Si el empleado está expuesto se indican los IDs que referencia a las sustancias a las que el trabajador está expuesto. Si la exposición tiene que ver con determinado Puesto/Sector/Establecimiento, indicarlo en conjunto a los campos anteriormente mencionados.
CIUO - 08	Clasificación del puesto de trabajo según la Clasificación Internacional Uniforme de Operaciones – 2008.
Actividad en el puesto	Se indica si su actividad en el puesto es permanente o no permanente.
Fecha de Ingreso	Fecha en la que el trabajador ingreso a la empresa.
Fecha de inicio de exposición	En caso de ser un empleado expuesto se indicará a partir de qué fecha comenzó su exposición a una sustancia de determinado puesto/sector/establecimiento/sustancia si tiene asociado alguno.
Fecha de fin de exposición	Se indicará la fecha de fin de exposición de un trabajador cuando ya no esté expuesto a una sustancia de determinado puesto/sector/establecimiento/sustancia si tiene asociado alguno.

5. PAUTAS PARA INFORMAR LA PRESENCIA DE AGENTES Y SUSTANCIAS  
CANCERÍGENAS

A los efectos del reconocimiento de la presencia de los agentes de riesgo listados en el Anexo I de la presente resolución, se establecen las pautas técnicas a considerar en razón de las particularidades propias de cada actividad, los procesos productivos y las características de los agentes que ameritan un tratamiento específico.

La exposición a radiación ultravioleta de origen solar se declarará al SVCC gradualmente en la medida en que se adecúe el registro a tal fin. Sin perjuicio de ello, se entiende pertinente indicar a los fines eminentemente preventivos, que para la actividad laboral que se desarrolle a la intemperie, como por ejemplo: trabajo agrario (dependiendo de la tarea y maquinaria utilizada), minería a cielo abierto, construcción, trabajos viales, actividades marítimas, lacustres, etc., se deben adoptar medidas que, a criterio del profesional interviniente, tiendan



Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

ANEXO II

a evitar daños para la salud de los trabajadores, a saber: Utilizar Filtro solar FPS 15 o mayor, según el tipo y la carga de trabajo, lentes de seguridad con protección ultravioleta (UVA-UVB) en lo posible envolventes o con protección lateral, gorro de ala de entre 8 y 10 cm o casco que brinden protección para el cuello (cubre-nuca), camisas de manga larga y pantalones de colores claros, de materiales que permitan una adecuada ventilación, como el algodón, guantes con las mismas características que la ropa y minimizar el tiempo de exposición directa a rayos solares.

ESOP	Agente de Riesgo	Estarán obligados a inscribirse donde se observe:
90004	Radiación ultravioleta (longitudes de onda 100-400 nm abarcando las radiaciones UVA, UVB y UVC)	- Proceso de trabajo donde se genere exposición a la radiación ultravioleta generada artificialmente, como por ejemplo: procesos de soldadura y corte, fuentes germicidas, fototerapia, lámparas UV, arco eléctricos, centros de fotocopiado, lámparas de descarga, antorcha de plasma, entre otros. Haya o no personal expuesto.
60021	Virus de la Hepatitis B (infección crónica)	- Trabajadores de la salud que puedan estar en contacto con fluidos contaminantes: sangre, semen, secreciones vaginales u otros fluidos corporales con evidencia de sangre, a criterio del profesional interviniente en los términos del artículo 3° del Decreto 1.338/96 o la autoridad de aplicación. No se consideran potencialmente infecciosos: saliva, secreciones nasales, sudor, lágrimas, heces, orina, esputos (excepto que contengan sangre visible).  - Trabajadores que presten servicios en establecimientos en los que existiera algún antecedente de denuncia de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) conforme la legislación sanitaria vigente.
60022	Virus de la Hepatitis C (infección crónica)	- Trabajadores de la salud que puedan estar en contacto con fluidos contaminantes: sangre, semen, secreciones vaginales u otros fluidos corporales con evidencia de sangre, a criterio del profesional interviniente en los términos del artículo 3° del Decreto 1.338/96 o la autoridad de aplicación. No se consideran potencialmente infecciosos: saliva, secreciones nasales, sudor, lágrimas, heces, orina, esputos (excepto que contengan sangre visible).  - Trabajadores que presten servicios en establecimientos



“2019 – AÑO DE LA EXPORTACIÓN”

Ministerio de Producción y Trabajo  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

ANEXO II

		en los que existiera algún antecedente de denuncia de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) conforme la legislación sanitaria vigente.
40242	Humo de tabaco, ajeno	Trabajadores que desarrollen actividades en lugares cerrados donde el empleador permita fumar y trabajadores que presenten servicios en establecimientos o sectores de trabajo en los que de acuerdo a la legislación local esté permitido fumar.
40216	Radón-222 y sus productos de decaimiento	Cuando en los establecimientos se detecte la presencia o generación de alguno de los agentes de riesgo indicados, haya o no personal expuesto.
40243	Iodos radiactivos, incluido Iodo-131	
40247	Plutonio	
40248	Productos de fisión, incluido el Estroncio-90	
40249	Radio-224 y sus productos de decaimiento	
40250	Radio-226 y sus productos de decaimiento	
40251	Radio-228 y sus productos de decaimiento	
40252	Radionucleidos, emisores de partículas Alfa, internamente depositados	
40253	Radionucleidos, emisores de partículas Beta, internamente depositados	
40254	Torio-232 y sus productos de decaimiento	
90002	Radiaciones ionizantes	
90010	Radiación neutrónica	
90011	Rayos X y Radiación Gamma	



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2019 - Año de la Exportación

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** Anexo II - Procedimiento para informar la presencia de agentes y sustancias cancerígenas

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 11 pagina/s.