**DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO**

* **Fecha de ocurrencia:**
* **Hora de ocurrencia:**
* **Descripción del incidente:** Describa de manera objetiva como sucedió el incidente peligroso (límite 200 caracteres)
* **Daños materiales:** Ninguno / Describa los daños materiales ocasionados (límite de 200 caracteres)
* **Cantidad de trabajadores afectados:**
* **Tipo de incidente** (marque la opción correcta):

|  |  |
| --- | --- |
| **Punzo cortantes** | |
|  | Punzo cortantes |
| **Caídas de personas** | |
|  | Caída de persona que ocurren a **DISTINTO** nivel |
|  | Caída de persona que ocurren al **MISMO** nivel |
| **Caídas de objeto** | |
|  | Derrumbe (caída de masas de tierra, de rocas, de nieve) |
|  | Desplome (de edificios, de muros, de andamios, de escaleras, de pilas de mercadería) |
|  | Caídas de objetos en curso de manutención manual |
|  | Otras caídas de objetos |
| **Pisadas, choques contra, o golpes por objetos, excepto los que caen** | |
|  | Pisadas sobre objetivos |
|  | Choque contra objetos **INMÓVILES** (a excepción de choques debidos a una caída anterior) |
|  | Choque contra objetos **MÓVILES** |
|  | Golpes por objetos móviles (inc. Fragmentos volantes y las partículas), a excepción de objetos que caen |
| **Atrapada por un objeto o entre objetos** | |
|  | Atrapada por un objeto |
|  | Atrapada entre un objeto inmóvil y un objeto móvil |
|  | Atrapada entre dos objetos móviles (a excepción de volantes o que caen) |
| **Esfuerzos excesivos o falsos movimiento** | |
|  | Esfuerzos físicos excesivos al **LEVANTAR** objetos |
|  | Esfuerzos físico excesivos al **EMPUJAR** objetos o **TIRAR** de ellos |
|  | Esfuerzos físicos excesivos al **MANEJAR** o *LANZAR* objetos |
|  | Falsos movimientos |
| **Exposición a, o contacto con, temperaturas externas** | |
|  | Exposición al calor (de la atmósfera o del ambiente de trabajo) |
|  | Exposición al frío (de la atmósfera o del ambiente de trabajo) |
|  | Contacto con sustancias u objetos ardientes |
|  | Contacto con sustancias u objetos muy fríos |
| **Contacto con corriente eléctrica** | |
|  | Contacto **DIRECTO** con la corriente eléctrica |
|  | Contacto **INDIRECTO** con la corriente eléctrica |
| **Exposición a, o contacto con, sustancias nocivas o radiaciones** | |
|  | Contacto por inhalación, por ingestión o por absorción con sustancias nocivas |
|  | Exposición a radiaciones ionizantes |
|  | Exposición a otras radiaciones |
|  | |
|  | **Otras formas de accidentes no clasificados por falta de datos suficientes** |

**LUGAR DEL INCIDENTE PELIGROSO**

* **Dirección:**
* **Departamento:**
* **Provincia:**
* **Distrito:**
* **Detalle del lugar:**Detalle del lugar del incidente (límite de 200 caracteres)
* **El incidente tuvo lugar en la mina:**Si ( ) No ( )
  + **Nombre de la concesión y/o UEA (Unidad Económica Administrativa):**
  + **Código de concesión:**
* **Hidrocarburos y gas natural:** Si ( ) No ( )
  + **Código Osinergmin:**
  + **Registro DGH:**

**DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE PELIGROSO**

* **N° RUC:**
* **Razón social:**
* **Domicilio principal:**
* **Departamento:**
* **Provincia:**
* **Distrito:**
* **Teléfono y/o celular:**
* **Tamaño de la empresa o entidad:**Microempresa/ Pequeña empresa/ mediana empresa/ gran empresa/ instituciones del estado
* **N° trabajadores:**
* **Tipo de empresa o entidad:**Privada/ Pública/ Otra
* **Actividad económica:**
  + **CIIU:**
* **Realiza actividades de alto riesgo:**Si ( ) No ( )

**DATOS DEL EMPLEADOR/A DEL TRABAJADOR/A**

* **N° RUC:**
* **Razón social:**
* **Domicilio principal:**
* **Departamento:**
* **Provincia:**
* **Distrito:**
* **Teléfono y/o celular:**
* **Tamaño de la empresa o entidad:**Microempresa/ Pequeña empresa/ mediana empresa/ gran empresa/ instituciones del estado
* **N° trabajadores:**
* **Es una institución:**Privada/ Pública/ Otra
* **Actividad económica:**
  + **CIIU:**
* **Realiza actividades de alto riesgo:**Si ( ) No ( )

**DATOS DE LA/S PERSONAS/S ACCIDENTADA/S:**

* **Tipo de documento:**
* **N° documento:**
* **Nombres:**
* **Apellido paterno:**
* **Apellido materno:**
* **Sexo:**
* **Edad:**
* **Estado civil:**
* **Domicilio:**
* **Departamento:**
* **Provincia:**
* **Distrito:**
* **Categoría ocupacional:** Capataz/ Empleado/ Funcionario/ Jefe de planta/ Oficial/ Operario/ Otros/ Peón/ Técnico/ Trabajador independiente
* **Tipo de contrato:**Indeterminado/ Plazo fijo/ Tiempo parcial/ Modalidades formativas
* **Grado de instrucción:**Sin educación formal ( )Completa ( ) Incompleta ( )
  + Primaria/ Secundaria/ Técnica/ Superior/ Universitaria/ Bachiller/ Titulado/ Maestría
* **Área de trabajo:**
* **Puesto de trabajo:**
* **Antigüedad en el puesto:**Años/ Meses/ Días (una de las opciones y detallar)
* **Turno:**Día/ Tarde/ Noche
* **Horas trabajadas antes del accidente:**
* **Teléfono y/o celular:**

**ASEGURAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA:**

* **Seguro de salud: SEGURO PRIVADO**
* **Nombre de la EPS:**
* **Tiene seguro complementario de trabajo de riesgo:**Si ( ) No ( )
* **Cobertura SCTR salud:**Si ( ) No ( ) Detallar nombre:
* **Cobertura SCTR pensión:**Si ( ) No ( ) Detallar nombre:
* **Indique el tipo de centro médico asistencial que presta la atención: PRIVADO**