

FORMATO Nº 2

REPORTE FINAL

Emergencia N°:1	Año 20
	1
Hidrocarburos Líquidos y/o GLP ²	()
Gas Natural ³	()
Accidente	()
Incidente	()

1. DATOS DEL ADMINISTRADO						
Nombre o Razói	n Social:					
Representante l	egal:					
Registro de Hidrocarburos:		Placa(s) del vehículo (de ser el caso):				
Domicilio legal:		Distrito:				
Provincia / Departamento:		Email:				
Teléfono(s):			Actividad:		l:	
PERSONA(S) DE CONTACTO(S):			TELÉFONO(S) DE CONTACTO(S) - FAX:		ONTACTO(S) - FAX:	
2. DEL EVENT	го					
Fecha:			Hora	a Inicio:		Hora de Término:
Lugar donde	En una Instalación Fija ()	ija()		En un Medio de Transporte ()		Transporte ()
ocurrió el	Dirección u ubicación:					
evento.	Distrito:	Provincia:		Departamento:		
DESCRIPCION	DETALLADA DEL EVENTO ⁴ :					

Enumerar de manera correlativa las emergencias reportadas durante el año calendario en curso.

² Cuando la emergencia corresponda a esta opción, el presente formato deberá ser remitido a la Gerencia de Fiscalización de Hidrocarburos Líquidos (GFHL) de OSINERGMIN vía fax (01 – 2645598), Mesa de Partes o al correo electrónico emergenciasGFHL@osinerg.gob.pe.

³ Cuando la emergencia corresponda a esta opción, el presente formato deberá ser remitido a la Gerencia de Fiscalización de Gas Natural (GFGN) de OSINERGMIN vía fax (01 – 2645597), Mesa de Partes o vía electrónica habilitada por la GFGN

⁴ La descripción deberá hacerse de manera detallada precisando secuencialmente el tipo y la(s) causa(s) del accidente, fecha y hora de la ocurrencia, las acciones y coordinaciones realizadas, los daños generados, las personas afectadas y las consecuencias respectivas. En caso se consigne información diferente a lo indicada en el Reporte Preliminar, deberán sustentarse las variaciones. De igual forma para cualquier variación de datos en el presente reporte.



CAUSAS QUE ORIGINARON EL EVENTO:					
¿Se puso en marcha el Plan de C	ontingencias?	Si() No() Exp	olicar:		
Póliza de Seguro N°:	Tipo:	1	Cía. De Seguros:		
3 CONSECUENCIAS DEL EVENTO					
3.1. ACCIDENTE		APLICA () NO APLICA ()		
Con daños personales ⁵		Leve () Grave	() Fatal ()		
Con daños materiales		SI ()	NO ()		
NOMBRE(S) DE EL(LOS) ACCIDENTADO (S) Y SU RELACIÓN CON EL ADMINISTRADO					
1					
2					
3					
Indicar las capacitaciones recibidas por la(s) persona (s) involucradas en el evento:					
1.					
2.					
3.					
3.2. DERRAME O FUGA DE HIDROCARBUROS LIQUIDOS Y/O GLP APLICA () - NO APLICA ()					
Tipo de producto:	GLP	Hidroc	arburos Líquidos		
1	()	() Especi	ficar		
Volumen aproximado del derrame o fuga	Galones	produc Galones	to:		
Área Involucrada aproximada ⁶ :		<u> </u>	(m ²)		

- Leve: Es aquél que ocasiona lesión a la persona que requiere tratamiento médico ambulatorio y no requiere descanso médico.
- Grave: Es aquél que ocasiona lesión a la persona y cuyo resultado es que la persona accidentada requiera 24 horas o más de descanso médico.
 Fatal: Es aquél que produce la muerte a la persona de inmediato o posteriormente como consecuencia de dicho
- Fatal: Es aquél que produce la muerte a la persona de inmediato o posteriormente como consecuencia de dicho evento.

 $^{^{\}rm 5}\,$ Los accidentes con daños personales se clasifican en:

⁶ Se consignará en "m²" en los casos que corresponda.



Cantidad del hidrocarburo recupe	rado:			
Cantidad del hidrocarburo no recu	uperado:			
3.3. FUGA DE GAS NATURA	AL .	APLICA () N	O APLICA ()	
Tipo de producto:	GNV	GNC	GNL	
	()	()	()	
Volumen aproximado de la fuga	m³ estándar	m³ estándar	m³ estánda	
Condición Estándar: Temperatura	a de 15,5 °C (60 °F) y Presión de 10	013,25 milibar (1 At	m.)	
DETALLE LAS ACCIONES REA	LIZADAS:			
4. ACCIONES CORRECTIVA	.S (Para corregir y/o evitar el event	-		
4. ACCIONES CORRECTIVA Medidas a adoptar:	S (Para corregir y/o evitar el evente Responsable:	Fecha previst	a para su realización o	
		-	a para su realización o	
Medidas a adoptar:		Fecha previst	a para su realización o	
Medidas a adoptar: 1.		Fecha previst	a para su realización o	
Medidas a adoptar: 1. 2. 3.	Responsable:	Fecha previst implementacio	a para su realización o ón:	
Medidas a adoptar: 1. 2. 3.		Fecha previst implementacio	a para su realización o ón: ACCIDENTE ⁷	
Medidas a adoptar: 1. 2. 3. 5. ESTADO DE LA INSTALA	Responsable: CIÓN O MEDIO DE TRANSPORT INOPERATIVO PARCIAL ()	Fecha previst implementacion	a para su realización o ón: ACCIDENTE ⁷	
Medidas a adoptar: 1. 2. 3. 5. ESTADO DE LA INSTALA OPERATIVO () 6. DOCUMENTACION QUE S	Responsable: CIÓN O MEDIO DE TRANSPORT INOPERATIVO PARCIAL () SE ADJUNTA:	Fecha previst implementacion	a para su realización o ón: ACCIDENTE ⁷	
Medidas a adoptar: 1. 2. 3. 5. ESTADO DE LA INSTALA OPERATIVO () 6. DOCUMENTACION QUE S Croquis del lugar del accidente. (Responsable: CIÓN O MEDIO DE TRANSPORT INOPERATIVO PARCIAL () SE ADJUNTA: Obligatorio siempre)	Fecha previst implementacion	a para su realización o ón: ACCIDENTE ⁷	
Medidas a adoptar: 1. 2. 3. 5. ESTADO DE LA INSTALA OPERATIVO () 6. DOCUMENTACION QUE S Croquis del lugar del accidente. (Fotografías: (Obligatorio siempre	Responsable: CIÓN O MEDIO DE TRANSPORT INOPERATIVO PARCIAL () SE ADJUNTA: Obligatorio siempre)	Fecha previst implementacion	a para su realización o ón: ACCIDENTE ⁷	
Medidas a adoptar: 1. 2. 3. 5. ESTADO DE LA INSTALA OPERATIVO () 6. DOCUMENTACION QUE S Croquis del lugar del accidente. (Fotografías: (Obligatorio siempre Análisis de procedimiento seguro Parte Policial: (Obligatorio en caso de Emergen	Responsable: CIÓN O MEDIO DE TRANSPORT INOPERATIVO PARCIAL () SE ADJUNTA: Obligatorio siempre)	Fecha previst implementacion E DESPUES DEL A INOPERATIVO TO	a para su realización o ón: ACCIDENTE ⁷ DTAL ()	
Medidas a adoptar: 1. 2. 3. 5. ESTADO DE LA INSTALA OPERATIVO () 6. DOCUMENTACION QUE S Croquis del lugar del accidente. (Fotografías: (Obligatorio siempre Análisis de procedimiento seguro Parte Policial:	Responsable: CIÓN O MEDIO DE TRANSPORT INOPERATIVO PARCIAL () SE ADJUNTA: Obligatorio siempre)) cias ocurridas en la operación de un M	Fecha previst implementacion E DESPUES DEL A INOPERATIVO TO	a para su realización o ón: ACCIDENTE ⁷ DTAL ()	

 $^{^{7}\,}$ - $\,$ $\,$ $\,$ $\!$ Operativo: Cuando no ha sufrido daños que impidan el normal desarrollo de sus operaciones.

⁻ Inoperativo Parcial: Cuando una parte de las instalaciones han sido afectadas por el evento pero que no conllevan al cese de sus operaciones de manera total.

Inoperativo Total: Cuando la unidad no está en condiciones de seguir operando de manera definitiva.
 El parte médico deberá contener como mínimo lo siguiente: Fecha y hora de la atención médica, lugar de la atención, Tipo de Lesión (leve, grave o fatal), lesiones sufridas por cada persona accidentada, diagnóstico, tiempo de hospitalización, tiempo de descanso médico, Nombre y Firma del Médico tratante indicando el Registro CMP.



7. DEL REPORTE				
Del ingeniero responsable de la seguridad y de la investigación realizada:	Del Médico tratante:	Del representante legal:		
Firma:	Firma:	Firma:		
Nombre y Apellidos :	Nombre y Apellidos :	Nombre y Apellidos :		
DNI ó CE:	DNI	DNI ó CE:		
Registro CIP:	Registro CMP:			