**FORMATO Nº 4**

**INFORME FINAL**[[1]](#footnote-1) **DE ACCIDENTES GRAVES O FATALES, O ACCIDENTES CON DAÑOS MATERIALES GRAVES**[[2]](#footnote-2)

|  |
| --- |
|  |

**Código de Osinergmin:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **N° de Accidente:**

**Registro DGH/ Registro Hidrocarburos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.- TIPO DE ACCIDENTE (Marcar con un aspa)**

**Con daños personales: Grave ( ) Fatal ( )**

**Con daños materiales graves: ( )**

**2. DE LA EMPRESA SUPERVISADA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.01 | **Nombre de Persona Natural o Jurídica:** | **RUC:** |
| 2.02 | **Actividad:** | **Locación**: |
| 2.03 | **Domicilio Legal**: |  |

**3. DEL ACCIDENTADO:**

|  |  |
| --- | --- |
| 3.01 | **Nombres y Apellidos:**  **Edad:**  **Años:** |
| 3.02 | **Ocupación en la empresa:**  |
| 3.03 | **Personal: Propio: ( ) De Subcontratista: ( ) Razón Social:** |
| 3.04 | **Experiencia en el trabajo actual: Años Meses Días** |
| 3.05 | **Del trabajo: Rutinario ( ) Especial ( )** |
| 3.06 | **Jornada: Diurnista ( ) Turnista ( ) Otro: ( )** |
| 3.07 | **Horas continuas trabajadas antes del accidente: horas** |
| 3.08 | **Indicar si está asegurado contra accidentes de trabajo: Sí ( ) No ( )** |

**4. DEL SUPERVISOR INMEDIATO**

|  |  |
| --- | --- |
| 4.01 | **Nombres y Apellidos:**  **Edad:**  **años** |
| 4.02 | **Ocupación en la Empresa:**  |
| 4.03 | **Personal: Propio ( ) De Subcontratista: ( ) Razón Social:**  |
| 4.04 | **Experiencia en el trabajo actual: Años**  **Meses**   **Días**  |
| 4.05 | **Lugar donde se encontraba en el momento del accidente**:  |

**5. DEL ACCIDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| 5.01 | **Fecha**: **Hora**: **Turno**:  |
| 5.02 | **Lugar**:  |
| 5.03 | **Descripción[[3]](#footnote-3)** |
| 5.045.04.015.04.02 | **Causas del accidente (Asignar código de acuerdo a las Tablas N° 1 y N° 2)****Causas Inmediatas:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Condiciones Subestándares** | **Código:** |
| Descripción:  |  |
| **Actos Subestándares** | **Código:** |
| Descripción: |  |

 **Causas Básicas:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Factores personales** | **Código:** |
| Descripción: |  |
| **Factores de trabajo** | **Código:** |
| Descripción: |  |

 |
| 5.05 | **Equipo de protección personal utilizado por el accidentado en el momento del accidente:**  |
| 5.06 | **Acciones de seguridad existentes en el área del accidente: *(Relativo al accidente***) |
| 5.07 | **Acciones correctivas propuestas para evitar su repetición**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medidas a adoptar** | **Responsable** | **Fecha prevista de realización** |
|  |  |  |

 |
| 5.08 | **Daños Materiales: Descripción de los equipos o instalaciones que han sufrido daños por el accidente (Cuantificación en US$)** |
| 5.09 | **¿Activó el Plan de Respuesta a Emergencias? Sí ( ) No ( ) Explicar** |

**6. DE LOS EQUIPOS O HERRAMIENTAS**

|  |  |
| --- | --- |
| 6.01 | **Uso:** **Adecuado: ( ) Inapropiado: ( )** **Detallar** |
| 6.02 | **Estado:** **Adecuado: ( ) Defectuoso: ( )** **Especificar** |
| 6.03  | **Resguardos (Protector):** **Adecuado: ( ) Defectuoso: ( )** **Especificar** |

**7. DEL LUGAR DE TRABAJO**

|  |  |
| --- | --- |
| 7.01 | **Orden y Limpieza** **Adecuado: ( ) Inapropiado: ( )** **Detallar** |
| 7.02 | **Dispositivos de Seguridad:** **Adecuado: ( ) Defectuoso: ( )** **Especificar** |
| 7.03 | **Señalización:** **Adecuado: ( ) Inapropiado: ( )** **Especificar** |

**8. DE LOS TESTIGOS DEL ACCIDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| 8.01 | **Nombre y Apellidos**: **Edad**: años |
|  **Ocupación en la Empresa**:  |
| 8.02 | **Nombre y Apellidos**: **Edad**: años  |
|  **Ocupación en la Empresa**:  |

**9. DEL REPORTE**

|  |  |
| --- | --- |
| 9.01 | **Fecha de emisión:** |
| 9.02 | **Del Ingeniero de Seguridad o Encargado de Seguridad:****Firma:****Nombre y Apellidos**: **DNI o CE:** **Registro CIP**:  | 9.03 | **Del Representante Legal:****Firma:** **Nombres y Apellidos:** **DNI o CE:**  |

**10. CERTIFICACIÓN MÉDICA (en caso de accidente con lesión o accidentes fatales)**

|  |  |
| --- | --- |
| 10.01 | **Fecha y hora de atención médica:** |
| 10.02 | **Lugar de atención:**  |
| 10.03 | **Tipo de lesión: Grave ( ) Fatal ( )** |
| 10.04 | **Lesiones sufridas y diagnóstico:**  |
| 10.05 | **Requiere hospitalización: SÍ ( ) NO ( )** |
| 10.06 | **Requiere descanso: SÍ ( ) NO ( ) N° Días**  |
| 10.07 | **Consecuencias del accidente de trabajo calificado como grave (describir si se presentará)****Incapacidad total permanente:****Incapacidad total temporal:****Incapacidad parcial permanente:****Incapacidad parcial temporal:** |
| 10.08 | **Fecha del parte:** |
| 10.09 | **Del Médico tratante:****Firma:****Nombres y Apellidos.****Registro CMP:** |

**11. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11.01 | **Croquis del accidente** |  |
| 11.02 | **Fotografías**  |  |
| 11.03 | **Análisis de trabajo seguro** |  |
| 11.04 | **Parte médico** |  |
| 11.05 | **Otros (especificar):** |  |
|  |  |  |

1. El presente formato debe ser remitido vía correo electrónico, ventanilla virtual de la entidad (VVO) u otro medio que a tal efecto implemente el Osinergmin a la División de Supervisión de Gas Natural, la División de Supervisión de Hidrocarburos Líquidos o la División de Supervisión Regional de la Gerencia de Supervisión de Energía del Osinergmin, o las que hagan sus veces, según corresponda. [↑](#footnote-ref-1)
2. Deberá adjuntarse además el Informe de Investigación de Accidentes e Incidentes emitido por el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa Autorizada. [↑](#footnote-ref-2)
3. La descripción debe hacerse de manera detallada precisando secuencialmente: el lugar donde se encontraba el accidentado, las labores que venía desarrollando, cómo se produjo el accidente, agentes materiales asociados al accidente y cuáles fueron las consecuencias del mismo. En caso se consigne información diferente a la indicada en el Informe Preliminar deberán sustentarse las variaciones. [↑](#footnote-ref-3)