**FORMATO N° 2**

**REPORTE FINAL[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Emergencia N°:  | Año 20  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hidrocarburos Líquidos y/o GLP | ( ) |
| Gas Natural | ( ) |

|  |  |
| --- | --- |
| Accidente | ( ) |
| Incidente | ( ) |

|  |
| --- |
| **1. DATOS DEL ADMINISTRADO** |
| Nombre o Razón Social: |
| Representante legal: |
| Registro de Hidrocarburos: | Placa(s) del vehículo (de ser el caso): |
| Domicilio legal: | Distrito: |
| Provincia / Departamento: | Email: |
| Teléfono(s): | RUC: | Actividad: |
| **PERSONA(S) DE CONTACTO(S):** | **TELÉFONO(S) DE CONTACTO(S) - FAX:** |
|  |  |
| **2. DEL EVENTO** |
| Fecha: | Hora Inicio: | Hora de Término: |
| Lugar donde ocurrió el evento. | En una Instalación Fija ( ) En un Medio de Transporte ( ) |
| Dirección u ubicación: |
| Distrito: | Provincia: | Departamento: |
| **DESCRIPCION DETALLADA DEL EVENTO [[2]](#footnote-2):** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **CAUSAS QUE ORIGINARON EL EVENTO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ¿Se puso en marcha el Plan de Contingencias? | Si ( | ) No ( ) Explicar: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual N°: | Tipo: | Cía. De Seguros: |
| **3.- CONSECUENCIAS DEL EVENTO** |
| **3.1. ACCIDENTE** | APLICA ( ) NO APLICA ( ) |
| Con daños personales[[3]](#footnote-3) Con daños materiales |  | Leve ( ) Grave ( ) Fatal ( ) 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 | Hidrocarburos Líquidos |
| ( ) | ( ) | Especificar producto: |
| Volumen aproximado del derrame o fuga |  Galones |  Galones |
| Área Involucrada aproximada[[4]](#footnote-4): (m2 ) |
| **DETALLE LAS ACCIONES REALIZADAS:** |
|  |
|  |
|  |
| Cantidad del hidrocarburo recuperado: |
| Cantidad del hidrocarburo no recuperado: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.3. FUGA DE GAS NATURAL** |  |  | **APLICA ( ) NO APLICA (** | **)** |
| Tipo de producto: | GNV | GNC | GNL |
| ( ) | ( ) | ( ) |
| Volumen aproximado de la fuga |  m3 estándar |  m3 estándar |  m3 estándar |
| Condición Estándar: Temperatura de 15,5 °C (60 °F) y Presión de 1013,25 milibar (1 Atm.) |
| **DETALLE LAS ACCIONES REALIZADAS:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **4. ACCIONES CORRECTIVAS** (Para corregir y/o evitar el evento descrito y sus consecuencias) |
| Medidas a adoptar: | Responsable: | Fecha prevista para su realización o implementación | Fecha prevista para la comprobación de la efectividad de las medidas adoptadas: |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| **5. ESTADO DE LA INSTALACIÓN O MEDIO DE TRANSPORTE DESPUES DEL ACCIDENTE [[5]](#footnote-5)** |
| OPERATIVO ( | ) |  | INOPERATIVO PARCIAL ( | ) |  | INOPERATIVO TOTAL ( ) |
| **6. DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:** |
| Croquis del lugar del accidente. (Obligatorio siempre) |  |
| Informe de Investigación de Accidentes e Incidentes emitido por el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del Agente Fiscalizado o por el ingeniero responsable de la investigación realizada (Obligatorio Siempre) |  |
| Fotografías: (Obligatorio siempre) |  |
| Copia de los Procedimientos operativos involucrados al momento de la emergencia (siempre) |  |
| Análisis de procedimiento seguro: |  |
| Documentos que acrediten la efectividad de las capacitaciones recibidas por la(s) persona (s) involucradas en la emergencia (siempre) |  |
| Parte Policial:(Obligatorio en caso de Emergencias ocurridas en la operación de un Medio de Transporte y en caso de Cilindros de GLP) |  |
| Partes médicos: (Obligatorios en caso de Accidentes) [[6]](#footnote-6) |  |
| Otros (Especificar): |
|  |

1. El presente formato deberá ser remitido vía correo electrónico, VVO u otro medio específico que para tal efecto implemente Osinergmin. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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. [↑](#footnote-ref-2)
3. Los accidentes con daños personales se clasifican en:

	* **Leve:** Es aquel que ocasiona lesión a la persona que requiere tratamiento médico ambulatorio y no requiere descanso médico.
	* **Grave:** Es aquel que ocasiona lesión a la persona y cuyo resultado es que la persona accidentada requiera 24 horas o más de descanso médico.
	* **Fatal:** Es aquel que produce la muerte a la persona de inmediato o posteriormente como consecuencia de dicho evento. [↑](#footnote-ref-3)
4. Se consignará en “m2” en los casos que corresponda. [↑](#footnote-ref-4)
5. **- 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. [↑](#footnote-ref-5)
6. 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. [↑](#footnote-ref-6)