

FORMATO Nº 4
INFORME FINAL DE ACCIDENTES GRAVES O FATALES, O ACCIDENTES CON DAÑOS MATERIALES GRAVES¹

 Código de OSINERGMIN: _____
 Registro DGH: _____

N° de Accidente:

| |
|--|
| |
|--|

1.- TIPO (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: | | |

¹ El presente formato podrá ser remitido a OSINERGMIN vía Mesa de Partes o vía electrónica habilitada por OSINERGMIN, a la Gerencia de Fiscalización de Hidrocarburos Líquidos (01 – 2643739) o Gerencia de Fiscalización de Gas Natural (01 – 2645597), según corresponda, debiendo 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, en concordancia con el artículo 13° del Reglamento de Seguridad para las Actividades de Hidrocarburos, aprobado a través del Decreto Supremo Nº 043-2007-EM, y el artículo 31° del Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 009-2005-TR.

| 5.03 | Descripción²: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------------|----------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| 5.04 | Causas del accidente (Asignar código de acuerdo a las Tablas N° 1 y 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.04.01 | Causas Inmediatas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Condiciones Subestándares</th> <th style="text-align: left;">Código:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Descripción :</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> | Condiciones Subestándares | Código: | Descripción : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condiciones Subestándares | Código: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Actos Subestándares</th> <th style="text-align: left;">Código:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Descripción:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> | Actos Subestándares | Código: | Descripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actos Subestándares | Código: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.04.02 | Causas Básicas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Factores personales</th> <th style="text-align: left;">Código:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Descripción:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> | Factores personales | Código: | Descripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Factores personales | Código: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Factores de trabajo</th> <th style="text-align: left;">Código:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Descripción:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> | Factores de trabajo | Código: | Descripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Factores de trabajo | Código: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.05 | Equipo de protección personal utilizado por el accidentado en el momento del accidente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

² La descripción debe hacerse de manera detallada precisando secuencialmente: el lugar donde se encontraba el trabajador 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

| | | | |
|------|--|--------------------|--------------------------------------|
| | | | |
| 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 Contingencias? 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 accidentes 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: _____ Nombre 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 | Partes médicos | |
| 11.05 | Otros (especificar): | |
| | | |