**FORMATO Nº 7**

**REPORTE MENSUAL DE ACCIDENTES LEVES[[1]](#footnote-1)**

**MES DE AÑO**

**EMPRESA AUTORIZADA: LOTE/DIRECCIÓN:**

**Código de Osinergmin:**

**Registro DGH/ Registro Hidrocarburos:**

**Ha ocurrido accidentes leves: Sí ( ) No ( )**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° DEL ACCIDENTE** | **FECHA** | **NOMBRE Y APELLIDO DEL ACCIDENTADO**  | **EDAD** | **LIGAR DEL ACCIDENTE** | **DESCRIPCIÓN**  | **NÚMERO DE HORAS DE RETORNO DESPUES DEL ACCIDENTE A SU TRABAJO HABITUAL** | **CAUSAS BÁSICAS (\*)** | **CAUSAS INMEDIATAS****(\*)** | **ACCIÓN CORRECTIVA PARA QUE NO SE REPITA** | **FECHA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) Ver tablas relativas a la Resolución de Consejo Directivo N° 172-2009-OS/CD.

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)