

FORMATO N° 7
REPORTE MENSUAL DE ACCIDENTES LEVES (1)
MES DE AÑO 200...

EMPRESA AUTORIZADA:	LOTE/ DIRECCIÓN:
----------------------------	-------------------------

Código OSINERGHMIN/ Registro DGH:

N° DEL ACCIDENTE	FECHA	HORA	NOMBRE Y APELLIDO DEL ACCIDENTADO	EDAD	LUGAR DEL ACCIDENTE	DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE HORAS DE RETORNO DESPUES DEL ACCIDENTE A SU TRABAJO HABITUAL	CAUSAS BASICAS(*)	CAUSAS INMEDIATAS (*)	ACCIÓN CORRECTIVA PARA QUE NO SE REPITA	FECHA DE IMPLEMENTACION DE LA ACCIÓN CORRECTIVA	OBSERVACIONES

(*) Ver códigos de Tablas N° 1 y N° 2 anexos al formato N°4 de INFORME FINAL DE ACCIDENTES

(1) El presente formato podrá ser remitido a OSINERGHMIN vía fax, a la Gerencia de Fiscalización de Hidrocarburos Líquidos (01 – 2643739) o la Gerencia de Fiscalización de Gas Natural (01 – 2645597), vía Mesa de Partes o vía electrónica habilitada por OSINERGHMIN.