

FORMATO N° 10  
**REPORTE SEMESTRAL DE ENFERMEDADES PROFESIONALES <sup>(1)</sup>**  
 SEMESTRE: ..... AÑO 20.....

<b>EMPRESA AUTORIZADA:</b>	<b>LOTE/ DIRECCIÓN:</b>
----------------------------	-------------------------

Código OSINERGHMIN/ Registro DGH:

FECHA	NOMBRE DEL ENFERMO	EDAD	LABOR QUE DESEMPEÑA	TIEMPO DE SERVICIO EN LA ACTIVIDAD ACTUAL	AGENTE(*)	CIE10(2) (*)	ENFERMEDAD (RELACIÓN DE SÍNTOMAS Y PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL AGENTE) (*)	COMENTARIOS (ESPECIFICAR LA ACTIVIDAD QUE PRODUJO LA ENFERMEDAD) (*)

(\*) Estos rubros deben ser llenados en concordancia con lo establecido en la NTS N° 068-MINSA/DGSP-V1, "Norma Técnica de Salud que establece el Listado de Enfermedades Profesionales" (Publicada en: <http://www.minsa.gob.pe/porta/06transparencia/normas.asp>), aprobada por Resolución Ministerial N° 480-2008/MINSA, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 17 de julio de 2008.

(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.