

	REGISTRO DE INCIDENTES PELIGROSOS Y OTROS INCIDENTES										Código: CL - SSOMA - RG 03						
											Versión: 01						
											Fecha Aprob:						
DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL																	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL				RUC		DOMICILIO				ACTIVIDAD ECONÓMICA			N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL				
Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:																	
DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS																	
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL				RUC		DOMICILIO				TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA			N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL				
DATOS DEL TRABAJADOR (A) Completar sólo en caso que el incidente afecte a trabajador (es)																	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO										N° DNI / CE			EDAD				
ÁREA		PUESTO DE TRABAJO		ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO		SEXO F / M		TURNO D/T/N		TIPO DE CONTRATO		TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO		N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del Suceso)			
INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE																	
MARCAR CON (X) SI ES INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE																	
INCIDENTE PELIGROSO								INCIDENTE									
N° TRABAJADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS								DETALLAR TIPO DE ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS (DE SER EL CASO)									
N° POBLADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS																	
FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE						FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN						LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO					
DÍA		MES		AÑO		HORA		DÍA		MES		AÑO					
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE																	
Describa sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.																	
Adjuntar: -Declaración del afectado, de ser el caso. -Declaración de testigos, de ser el caso. -Procedimientos, planos, registros, entre otros que ayuden a la investigación del caso.																	
DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE																	
MEDIDAS CORRECTIVAS																	
DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA A IMPLEMENTARSE PARA ELIMINAR LA CAUSA Y PREVENIR LA RECURRENCIA						RESPONSABLE		FECHA DE EJECUCIÓN			ESTADO (Realizada, Pendiente, En Ejecución).						
								DÍA	MES	AÑO							
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
Insertar tantos renglones como sean necesarios.																	
RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN																	
Apellidos y Nombres:						Cargo:				Fecha:			Firma:				
Apellidos y Nombres:						Cargo:				Fecha:			Firma:				