

Razón social o denominación social:	OBRASCON HUARTE LAIN S.A. SUCURSAL DEL PERU	RUC:	
Domicilio (Dirección, distrito, departamento, provincia):			
Tipo de Actividad Económica:			
N° de trabajadores en el centro laboral:			
Identificación del centro de trabajo:		CCT:	
N° de trabajadores afiliados al SCTR:		N° de trabajadores no afiliados al SCTR:	
		Nombre de la aseguradora:	

Fecha del accidente:	
Hora del accidente:	
Lugar del accidente:	

Número de informe: ("Código del incidente"-SS)
--

TIPOLOGÍA DEL ACCIDENTE

1	☐ Accidente Laboral con "Baja" ☐ Accidente Laboral sin "Baja" ☐ Tratamiento "Otros Casos" ☐ Restricción "Light Duty"
---	--

2	☐ Accidente en C.T. ☐ Accidente IN ITINERE
---	--

GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

3	☐ Accidente Leve ☐ Accidente Incapacitante ☐ Accidente Mortal
---	--

4	☐ Total Temporal ☐ Parcial Temporal ☐ Parcial Permanente ☐ Total Permanente
---	---

DATOS DE LOS ACCIDENTADOS

Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Empresa	Puesto de trabajo	Antigüedad en el empleo	Área	Turno	Tipo de contrato	DNI/CE	Tiempo de experiencia en el puesto de trabajo	N° de horas trabajadas en la jornada laboral	Sexo	Edad

DATOS DE LA EMPRESA SUBCONTRATISTA

Razón social o denominación social:					
RUC:					
Domicilio (Dirección, distrito, departamento, provincia):					
Tipo de Actividad económica:					
N° Trabajadores en el Centro Laboral:					
N° de trabajadores afiliados al SCTR:		N° de trabajadores no afiliados al SCTR:		Nombre de la aseguradora:	

INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha de inicio de la investigación:	
Número de trabajadores afectados:	

Tipo de Lesión:	
Partes del Cuerpo Afectadas:	
Diagnóstico Médico:	
Días de Descanso Médico:	

DATOS DE LOS TESTIGOS

Nombre	Apellidos	Empresa	Categoría	DNI

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS QUE SE REALIZABAN:

(Describir la situación de trabajo, especificando detalles de las diferentes actividades que se estaban llevando a cabo)

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

(Describir lo que ha ocurrido, especificando detalles del incidente y referenciar la ubicación exacta donde se produjo.

CAUSAS DEL ACCIDENTE:

(Investigar, analizar y describir las causas básicas y/o inmediatas que han producido el Accidente)

No Conformidades / Acciones correctivas o preventivas:		☐ SÍ	☐ NO		
Número	Descripción de las No Conformidades detectadas	Descripción de las Acciones correctivas o preventivas		Código	Fecha de cierre:

Medidas a adoptar para evitar su repetición					
Número	Descripción de medidas o acciones a realizar	Fecha límite implantación	Fecha prevista verificación eficacia	Eficacia (SÍ o NO)	Fecha de cierre:

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE (si procede):

(Listar cualquier otra observación: referencias a documentos, fuentes de información, expedientes, partes, actas o informes relacionados, información sobre empresas/personas involucradas con su presunta relación, fotos, etc.)

RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN:			
Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:	Cargo:	Cargo:
Fecha: Firma:	Fecha: Firma:	Fecha: Firma:	Fecha: Firma:

NOTA: Según R.M. 050-2013-TR y el DS 011-2019-TR, este formato sustituye al SGI-PL-14 A Informe de Incidente Laboral.