



REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

CÓDIGO:HSE.RE.027

VERSION: 02

FECHA: 15/07/2020

PÁGINA: 1 de 1

DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:

Razón Social o denominación social	RUC	Domicilio (Dirección, distrito, departamento, provincia)	Tipo de actividad económica	Nº Trabajadores en el centro laboral
G&S DEL PERU S.A.C.	20507943188	Jirón Tomas Catari N° 859 Urbanización El Trébol III Etapa Los Olivos - Lima	Renting	

DATOS DEL TRABAJADOR :

Apellidos y Nombres del trabajador accidentado:						Nº DNI/CE	Edad
Área	Puesto de trabajo	Antigüedad en el trabajo	Sexo F/M	Turno D/T/N	Tipo de contrato	Tiempo de experiencia en el puesto de trabajo	Nº horas trabajadas en la jornada laboral (Antes del accidente)

INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha y hora de la ocurrencia del accidente				Fecha de inicio de la investigación			Lugar exacto donde ocurrió el accidente														
DÍA	MES		AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO														
Marcar con (X) gravedad del accidente de trabajo						Marcar con (X) grado del accidente incapacitante (de ser el caso)						Nº días de descanso médico		Nº de trabajadores afectados							
Accidente Leve		Accidente Incapacitante			Mortal			Total Temporal			Parcial Temporal			Parcial Permanente			Total permanente				
Describir parte del cuerpo lesionado (De ser el caso):																					

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE DE TRABAJO

MEDIDAS CORRECTIVAS

Descripción de la medida correctiva	Responsable	Fecha de Ejecución			Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)
		DÍA	MES	AÑO	
1.-					
2.-					
3.-					

RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre:	Cargo:	Fecha:	Firma:
Nombre:	Cargo:	Fecha:	Firma: