

	INFORME FINAL DE ACCIDENTES				CODIGO		FG-IFA-27																																																																																																																																																																																		
					REVISION		00																																																																																																																																																																																		
					FECHA		10/04/2024																																																																																																																																																																																		
					APROBO		J. ACARO. C																																																																																																																																																																																		
					PAGINA		1/1																																																																																																																																																																																		
ACCIDENTE _____		ACCIDENTE GRAVE _____		ACCIDENTE MORTAL _____		ACCIDENTE LEVE _____		INCIDENTE _____																																																																																																																																																																																	
RESPONSABLE DEL INFORME:						CARGO:																																																																																																																																																																																			
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR		N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR		NOMBRE DE LA ASEGURADORA		SI	NO	# POLIZA SCTR-PENSION	# POLIZA SCTR-SALUD																																																																																																																																																																														
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO										CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL																																																																																																																																																																															
		SEGURO SOCIAL		SI	☐	NO	☐	CUÁL																																																																																																																																																																																	
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA																																																																																																																																																																																									
TIPO DE VINCULADOR LABORAL:		(1) EMPLEADOR ☐		(2) CONTRATANTE ☐		(3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐																																																																																																																																																																																			
DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL																																																																																																																																																																																									
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA						CÓDIGO																																																																																																																																																																																			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL						TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO																																																																																																																																																																																	
						NI	☐	CC	☐	CE	☐																																																																																																																																																																														
						RUC	☐	PA	☐																																																																																																																																																																																
DIRECCIÓN						TELÉFONO		FAX																																																																																																																																																																																	
CORREO ELECTRÓNICO						DEPARTAMENTO		PROVINCIA		DISTRITO																																																																																																																																																																															
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR										CÓDIGO																																																																																																																																																																															
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?										SI	☐	NO	☐																																																																																																																																																																												
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO										CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO																																																																																																																																																																															
DIRECCIÓN										TELÉFONO		FAX																																																																																																																																																																													
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				ZONA		U ☐ R ☐																																																																																																																																																																															
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ																																																																																																																																																																																									
TIPO DE VINCULACIÓN:		(1) PLANTA ☐		(2) MISIÓN ☐		(3) COOPERADO ☐		(4) ESTUDIANTE O APRENDIZ ☐		(5) INDEPENDIENTE ☐																																																																																																																																																																															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE																																																																																																																																																																																
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NÚMERO				FECHA DE NACIMIENTO				SEXO																																																																																																																																																																													
DNI	☐	CE	☐	N.U	☐	TI	☐	PA	☐																																																																																																																																																																																
								D	☐	M	☐																																																																																																																																																																														
DIRECCIÓN				TELÉFONO				FAX																																																																																																																																																																																	
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		DISTRITO		CARGO																																																																																																																																																																																			
				U ☐ R ☐																																																																																																																																																																																					
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL		TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE																																																																																																																																																																																					
				D D M M																																																																																																																																																																																					
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA				SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)				JORNADA DE TRABAJO HABITUAL																																																																																																																																																																																	
								(1) DIURNA ☐ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐																																																																																																																																																																																	
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE																																																																																																																																																																																									
FECHA DEL ACCIDENTE				HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)				DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE																																																																																																																																																																																	
D D M M				H H				LU MA MI JU VI SA DO																																																																																																																																																																																	
JORNADA EN QUE SUCEDE				ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?				CÓDIGO																																																																																																																																																																																	
(1) NORMAL ☐ (2) EXTRA ☐				(1) SI ☐ (2) NO ☐ CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)																																																																																																																																																																																					
TOTAL TIEMPO LABORADO				TIPO DE ACCIDENTE:																																																																																																																																																																																					
PREVIO AL ACCIDENTE				(1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☐																																																																																																																																																																																					
MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO				MARCAR CON (X) GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO)				N° DE DÍAS DE DESCANSO		N° DE TRABAJADORES AFECTADOS																																																																																																																																																																															
ACCIDENTE LEVE	☐	ACCIDENTE INCAPACITANTE	☐	ACCIDENTE MORTAL	☐	TOTAL TEMPORAL	☐	PARCIAL PERMANENT	☐	TOTAL PERMANENT	☐																																																																																																																																																																														
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?				DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE				FECHA DE LA MUERTE DD/MM/AA		PROVINCIA DEL ACCIDENTE																																																																																																																																																																															
(1) SI ☐ (2) NO ☐																																																																																																																																																																																									
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:				(1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐				(2) FUERA DE LA EMPRESA ☐																																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <tr> <td colspan="6">INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)</td> <td colspan="6">TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">☐ (1) ALMACENES O DEPÓSITOS</td> <td colspan="6">☐ (10) FRACTURA</td> <td colspan="6">☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA</td> </tr> <tr> <td colspan="6">☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN</td> <td colspan="6">☐ (20) LUXACIÓN</td> <td colspan="6">☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE</td> </tr> <tr> <td colspan="6">☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS</td> <td colspan="6">☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA</td> <td colspan="6">☐ (81) ASFIXIA</td> </tr> <tr> <td colspan="6">☐ (4) CORREDORES O PASILLOS</td> <td colspan="6">☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO</td> <td colspan="6">☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD</td> </tr> <tr> <td colspan="6">☐ (5) ESCALERAS</td> <td colspan="6">☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)</td> <td colspan="6">☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="6">☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR</td> <td colspan="6">☐ (41) HERIDA</td> <td colspan="6">☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES</td> </tr> <tr> <td colspan="6">☐ (7) OFICINAS</td> <td colspan="6">☐ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)</td> <td colspan="6">☐ (99) OTRO. (Especifique)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES</td> <td colspan="6">☐ (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">☐ (9) OTRO. (Especifique)</td> <td colspan="6">☐ (60) QUEMADURA</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>												INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)						TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)						☐ (1) ALMACENES O DEPÓSITOS						☐ (10) FRACTURA						☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA						☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN						☐ (20) LUXACIÓN						☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE						☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS						☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA						☐ (81) ASFIXIA						☐ (4) CORREDORES O PASILLOS						☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO						☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD						☐ (5) ESCALERAS						☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)						☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN						☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR						☐ (41) HERIDA						☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES						☐ (7) OFICINAS						☐ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)						☐ (99) OTRO. (Especifique)						☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES						☐ (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO												☐ (9) OTRO. (Especifique)						☐ (60) QUEMADURA											
INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)						TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)																																																																																																																																																																																			
☐ (1) ALMACENES O DEPÓSITOS						☐ (10) FRACTURA						☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA																																																																																																																																																																													
☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN						☐ (20) LUXACIÓN						☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE																																																																																																																																																																													
☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS						☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA						☐ (81) ASFIXIA																																																																																																																																																																													
☐ (4) CORREDORES O PASILLOS						☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO						☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD																																																																																																																																																																													
☐ (5) ESCALERAS						☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)						☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN																																																																																																																																																																													
☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR						☐ (41) HERIDA						☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES																																																																																																																																																																													
☐ (7) OFICINAS						☐ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)						☐ (99) OTRO. (Especifique)																																																																																																																																																																													
☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES						☐ (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO																																																																																																																																																																																			
☐ (9) OTRO. (Especifique)						☐ (60) QUEMADURA																																																																																																																																																																																			
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:						AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)						MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE																																																																																																																																																																													
☐ (1) CABEZA						☐ (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS						☐ (1) CAÍDA DE PERSONAS																																																																																																																																																																													
☐ (1.12) OJO												☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS																																																																																																																																																																													
☐ (2) CUELLO												☐ (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES																																																																																																																																																																													

XI. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN								
CARGO	NOMBRE			FECHA			FIRMA	
Capataz/Jefe de grupo								
Ing. SSOMA								
Residente de obra								
REPRESENTANTE LEGAL				FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				
PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL				FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				
LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE FORMATO ES DE PROPIEDAD EXCLUSIVA DE LA EMPRESA.								
FECHA DE ENVÍO DE LA INVESTIGACIÓN Y SUS RECOMENDACIONES A LA DIRECCION TERRITORIAL DEL MINISTERIO DEL TRABAJO (ESPACIO PARA SER DILEGENCIADO POR LA ARL) _MM___ / DD___ / AA___								