

	FORMATO	Código	RAI-MLV-1
	REPORTE DE ACCIDENTES E INCIDENTES	Versión	01
		Fecha	07-11-2024

I. DATOS DEL TRABAJADOR:

APELLIDOS Y NOMBRES: -----		SEXO F / M	Nº DNI/CE	EDAD
ÁREA: -----	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO:		TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO:	
	TURNO: D – T - N			
PUESTO DE TRABAJO:	TIPO DE CONTRATO:		Nº HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del accidente y/o suceso):	

II. INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO/INCIDENTE PELIGROSO/INCIDENTE:

ACCIDENTE DE TRABAJO		INCIDENTE PELIGROSO		INCIDENTE	
FECHA DE LA OCURRENCIA:		HORA DE LA OCURRENCIA:			
FECHA DE INICIO DE L INVESTIGACIÓN:		LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE Y/O HECHO:			

ACCIDENTE DE TRABAJO						Nº DÍAS DE DESCANSO MÉDICO	Nº DE TRABAJADORES AFECTADOS
MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO	ACCIDENTE LEVE		ACCIDENTE INCAPACITANTE		MORTAL		
MARCAR CON (X) GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO)	TOTAL TEMPORAL	PARCIAL TEMPORAL	PARCIAL PERMANENTE	TOTAL PERMANENTE			
DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso):							

INCIDENTE PELIGROSO		INCIDENTE
Nº DE TRABAJADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS		DETALLAR EL TIPO DE ATENCIO EN PRIMEROS AUXILIOS (DE SER EL CASO)
Nº DE POBLADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS		

III. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO/INCIDENTE PELIGROSO/INCIDENTE:

Ninguno

IV. DESCRIPCION DE LAS CAUSASQUE ORIGINARON EL ACCIDENTE/INCIDENTE PELIGROSO/INCIDENTE:

Ninguna

V. MEDIDAS CORRECTIVAS

Nro	Detalle	Responsable		Fecha	
		Nombre	Cargo	Inicio	Fin
--	---	---	---	---	---

VI. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACION

Nombre: Cargo: Supervisor de Seguridad	Fecha:	Firma:
---	---------------	---------------