

 REGISTRO DE ACCIDENTE DE TRABAJO												Código: CL- SSOMA - RG 02			
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 EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO															
N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR				N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR				NOMBRE DE LA ASEGURADORA							
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	
COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO															
N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR				N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR				NOMBRE DE LA ASEGURADORA							
DATOS DEL TRABAJADOR															
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO								N° DNI / CE				EDAD			
ÁREA		PUESTO DE TRABAJO		ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO		SEXO F / M	TURN O D/T/N	TIPO DE CONTRATO		TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO				N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del Accidente)	
INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO															
FECHA Y HORA DE OCURENCIA 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)						N° DÍAS DE DESCANSO MÉDICO		N° DE TRABAJADORES AFECTADOS	
ACCIDENTE LEVE		ACCIDENTE INCAPACITANTE		MORTAL		TOTAL TEMPORAL		PARCIAL TEMPORAL		PARCIAL PERMANENTE		TOTAL PERMANENTE			
DESCRIBA PARTE DEL CUERPO LESIONADO (DE SER EL CASO):															
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO															
Describa sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.															
Adjuntar: -Declaración del afectado sobre el accidente de trabajo. -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 ACCIDENTE DE TRABAJO															
MEDIDAS CORRECTIVAS															
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS						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.															
4.															
5.															
Insertar tantos renglones como sean necesarios.															
RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN															
Apellidos y Nombres:										Cargo:					
Firma:										Fecha:					