



REGISTRO DE INCIDENTES PELIGROSOS E INCIDENTES

CÓDIGO: HSE.RE.025

VERSIÓN: 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

DATOS DEL TRABAJADOR (A): Completar sólo en caso que el incidente afecte a trabajador(es).

Apellidos y Nombres del Trabajador						Nº DNI/CE	Edad
Área	Puesto de trabajo	Antigüedad en el empleo	Sexo	Turno D/T/N	Tipo de contrato	Tiempo de experiencia en el puesto de trabajo	Nº horas trabajadas en la jornada laboral (Antes del suceso)

INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

MARCAR CON (X) SI ES INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

Incidente Peligroso				Incidente			
Nº de trabajadores potencialmente afectados				Detallar tipo de atención en primeros auxilios (de ser el caso)			
Nº de pobladores potencialmente afectados							
Fecha y hora en que ocurrió en incidente peligroso o incidente				Fecha de inicio de la investigación			
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	Lugar exacto donde ocurrió el hecho

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

Describa solo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.

Adjuntar:

- Declaración del afectado, de ser el caso.
- Declaración de testigos, de ser el caso.
- Procedimientos, planos, registros, entre otros que ayuden a la investigación de ser el caso.

DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE

Cada empresa, entidad pública o privada puede adoptar el modelo de determinación de las causas que mejor se adapte a sus características.

MEDIDAS CORRECTIVAS

Descripción de la medida correctiva a implementarse para eliminar la causa y prevenir la recurrencia	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.-					

RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN

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

Elaborado por: Supervisor SSOMA
Revisado por: Gerente de Proyectos
Aprobado por: Gerente General