

	FORMATO				Código Versión	DS-FR-040
	REPORTE DE ACCIDENTE / INCIDENTE				Fecha	15/01/2024
					Página	1 de 1

N° de registro		Año	2024
----------------	--	-----	------

Marcar con una (X) lo que corresponda: Accidente: Incidente Peligroso: Incidente:

1	DATOS DEL EMPLEADOR					
1.01	Razón social: DHAR SOLUTION SAC				1.02	Teléfono/Fax: 978548699
1.03	Domicilio Legal: JR. PARIAHUANCA 879 - LOS OLIVOS				1.04	Ruc: 20604704163
1.05	Actividad Económica: Activ. de Investigacion y Seguridad.					
1.06	N° de trabajadores:			Nombre de la Aseguradora: MAPFRE		

2	DEL PERSONAL INVOLUCRADO					
----------	---------------------------------	--	--	--	--	--

En caso de incidente:

2.01	Relación entidad:	Planilla	Contratado	Practicante	2.02	Personal terceros:	Construcción civil	Otros
2.03	Nombre y apellido:				2.04	Edad:		
2.05	Domicilio legal (afectado):				2.06	DNI/CE:		
2.07	Ocupación / Título del Puesto (Solo Personal Propio):							
2.08	Antigüedad años / meses (Solo Personal Propio):							

En caso de incidente peligroso:

2.09	N° de trabajadores potencialmente afectados:							
2.10	N° de pobladores potencialmente afectados:							

3	DEL ACCIDENTE O INCIDENTE							
----------	----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

3.1	Daño producido a equipos y herramientas (*): Leve: Moderado: Grave: Catastrófico: Otro (detallar):							
3.2	Distrito, Provincia, Departamento:							
3.3	Fecha de ocurrencia:				3.4	Hora:		
3.5	Dirección (Lugar de ocurrencia):				3.6	Distrito		
3.7	Gerencia, Departamento, Área (Solo Personal Propio):							
3.8	Descripción de los Hechos: Siendo aproximadamente las 07:30am							

4	DEL REPORTE							
----------	--------------------	--	--	--	--	--	--	--

4.01	Fecha de emisión:							
4.02	De la jefatura de línea inmediata del accidentado:							
4.03	Firma:							
4.04	D.N.I / C.E:							

Nota: 1. El reporte deberá presentarse firmado dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho
2. Posteriormente, luego de realizada la investigación