


| | | | |
|---|---|---------|--|
|  | REPORTE PRELIMINAR DE ACCIDENTE, INCIDENTE | | PSPC-100-X-PR-006-FR-001 Revisión: 0 Emisión: 30/05/19 Página: 1 de 1 |
| | Y ENFERMEDAD OCUPACIONAL | | |
| Proyecto / Sede : | 01 | Cliente | PPC |

TIIFICACIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE/ENFERMEDAD OCUPACIONAL

| | | | |
|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Daño Material < 500 \$ | <input checked="" type="checkbox"/> | (F.A.C) Caso de Primeros Auxilios |
| <input type="checkbox"/> | Daño Material > 500 \$ | <input type="checkbox"/> | (M.T.O) Accidente Con Tratamiento Médico |
| <input type="checkbox"/> | Derrame de Hidrocarburos < 2 m3 | <input type="checkbox"/> | (R.W.C) Accidente Con Trabajo Restringido |
| <input type="checkbox"/> | Derrame de Hidrocarburos > 2 m3 | <input type="checkbox"/> | (L.T.I) Accidente Con Pérdida de Jornada |
| <input type="checkbox"/> | Accidente Vehicular con Herido | <input type="checkbox"/> | (F.T.L) Fatalidad |
| <input type="checkbox"/> | Accidente Vehicular sin Herido | <input type="checkbox"/> | Incidente |
| <input type="checkbox"/> | Accidente Vehicular < 500 \$ | <input type="checkbox"/> | (E.O) Enfermedad Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> | Accidente Vehicular > 500 \$ | | |

* Los Accidentes Vehiculares con Herido deberán ser clasificados acorde de la gravedad del daño material (\$) y gravedad de la lesión (F.A.C, M.T.O, R.W.C, L.T.I, F.T.L)

LUGAR Y HORA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE/ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Lugar : Taller de pruebas hidrostáticas Fecha: 26/11/2020 Hora: 16:30:00

LUGAR Y HORA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE/ENFERMEDAD OCUPACIONAL

NOMBRE DE LA PERSONA INVOLUCRADA: Wilber Pisco Zeballos DNI/CE : 80144184

SEXO: MASCULINO EDAD : 31 CUENTA CON SEGURO (SI/NO) ESPECIFICAR:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: 29/06/1979

DOMICILIO: JR. LIBERTAD 810 CORONEL PORTILLA ESTADO CIVIL: CONVIVIENTE

DEPARTAMENTO : UCAYALI PROVINCIA: CORONEL PORTILLO DISTRITO: CALLERIA

CARGO: Operario Montajista INSTRUCCION: Secundaria Completa

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE/ENFERMEDAD OCUPACIONAL

(Incluyendo nombres y cargos de las personas involucradas)

Colaborador indica que desde hace 3 días (23 nov), siente dolor leve en zona lumbar, el día 26 de nov debido al incremento del dolor, se acerca al Centro Medico de SPC.

Estos dolores indica el trabajador, son producto de sus actividades diarias en su área de trabajo.

ACCIONES INMEDIATAS DESPUES DEL ACCIDENTE/INCIDENTE/ENFERMEDAD OCUPACIONAL

(Atención médica, evacuación, reparación de daños materiales, acciones correctivas, etc)

Se atiende y da tratamiento médico al trabajador

Se realizan las indagaciones respectivas

Se comunica a personal EHS de PPC

ELABORADO POR: RONALD FRANCISCO CARBONELL TORRES

EVIDENCIA FOTOGRAFICA:

