



REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Código: PR01 FR 02 01

Fecha Emisión: 15/01/2018

N° REGISTRO

FECHA:

DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
TOTAL FACILITY MANAGEMENT S.A.C.	20601405661	Av. Juan de Aliaga N° 425 Int. 601, Magdalena del Mar		10

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 (Dirección, distrito, departamento, provincia)	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	TURNO 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 CURRENCIA 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			
----------------	--	-------------------------	--	--------	--	----------------	--	------------------	--	--------------------	--	------------------	--	--	--

DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso):

TIPO DE LESION

	<table><tr><td><input type="checkbox"/> Cráneo</td><td><input type="checkbox"/> Pulmón</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Frente</td><td><input type="checkbox"/> Costillas</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Rostro</td><td><input type="checkbox"/> Abdomen</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ojo</td><td><input type="checkbox"/> Espalda superior</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Nariz</td><td><input type="checkbox"/> Espalda media</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Boca</td><td><input type="checkbox"/> Espalda inferior</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dientes</td><td><input type="checkbox"/> Nalga</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Barbilla/ Mentón</td><td><input type="checkbox"/> Pelvis</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cuello</td><td><input type="checkbox"/> Ingle</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Clavícula</td><td><input type="checkbox"/> Pierna</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hombro</td><td><input type="checkbox"/> Cadera</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Brazo</td><td><input type="checkbox"/> Rodilla</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Codo</td><td><input type="checkbox"/> Pantorrilla</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Antebrazo</td><td><input type="checkbox"/> Tobillo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Muñeca</td><td><input type="checkbox"/> Pierna</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Mano</td><td><input type="checkbox"/> Dedo pie</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pulgar 1</td><td><input type="checkbox"/> Otros (especificar)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dedo 2</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dedo 3</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dedo 4</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dedo 5</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pecho</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Cráneo	<input type="checkbox"/> Pulmón	<input type="checkbox"/> Frente	<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/> Rostro	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Ojo	<input type="checkbox"/> Espalda superior	<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Espalda media	<input type="checkbox"/> Boca	<input type="checkbox"/> Espalda inferior	<input type="checkbox"/> Dientes	<input type="checkbox"/> Nalga	<input type="checkbox"/> Barbilla/ Mentón	<input type="checkbox"/> Pelvis	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Ingle	<input type="checkbox"/> Clavícula	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Dedo pie	<input type="checkbox"/> Pulgar 1	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> Dedo 2		<input type="checkbox"/> Dedo 3		<input type="checkbox"/> Dedo 4		<input type="checkbox"/> Dedo 5		<input type="checkbox"/> Pecho		<table><tr><td><input type="checkbox"/> Contusión (golpe)</td><td><input type="checkbox"/> Fractura</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Estiramiento</td><td><input type="checkbox"/> Amputación</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Esguince</td><td><input type="checkbox"/> Enfermedad</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Abrasión</td><td><input type="checkbox"/> Otros (Especificar)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Laceración</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Perforación</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Quemadura Térmica</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Quemadura Química</td><td></td></tr></table> <p>TIPO DE CONTACTO</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Golpeado por</td><td><input type="checkbox"/> Ruido</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Golpeado contra</td><td><input type="checkbox"/> Sust. Tóxicas</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Atrapado dentro</td><td><input type="checkbox"/> Objetos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Atrapado sobre</td><td><input type="checkbox"/> extraños</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Atrapado entre</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Resbalón</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Caída libre a desnivel</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Caída a un nivel inferior</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Contacto con electricidad</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Temperaturas extremas</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Acústicos / Ácidos</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Contusión (golpe)	<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Estiramiento	<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Esguince	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Abrasión	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)	<input type="checkbox"/> Laceración		<input type="checkbox"/> Perforación		<input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño		<input type="checkbox"/> Quemadura Térmica		<input type="checkbox"/> Quemadura Química		<input type="checkbox"/> Golpeado por	<input type="checkbox"/> Ruido	<input type="checkbox"/> Golpeado contra	<input type="checkbox"/> Sust. Tóxicas	<input type="checkbox"/> Atrapado dentro	<input type="checkbox"/> Objetos	<input type="checkbox"/> Atrapado sobre	<input type="checkbox"/> extraños	<input type="checkbox"/> Atrapado entre		<input type="checkbox"/> Resbalón		<input type="checkbox"/> Caída libre a desnivel		<input type="checkbox"/> Caída a un nivel inferior		<input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo		<input type="checkbox"/> Contacto con electricidad		<input type="checkbox"/> Temperaturas extremas		<input type="checkbox"/> Acústicos / Ácidos	
<input type="checkbox"/> Cráneo	<input type="checkbox"/> Pulmón																																																																																							
<input type="checkbox"/> Frente	<input type="checkbox"/> Costillas																																																																																							
<input type="checkbox"/> Rostro	<input type="checkbox"/> Abdomen																																																																																							
<input type="checkbox"/> Ojo	<input type="checkbox"/> Espalda superior																																																																																							
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Espalda media																																																																																							
<input type="checkbox"/> Boca	<input type="checkbox"/> Espalda inferior																																																																																							
<input type="checkbox"/> Dientes	<input type="checkbox"/> Nalga																																																																																							
<input type="checkbox"/> Barbilla/ Mentón	<input type="checkbox"/> Pelvis																																																																																							
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Ingle																																																																																							
<input type="checkbox"/> Clavícula	<input type="checkbox"/> Pierna																																																																																							
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Cadera																																																																																							
<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/> Rodilla																																																																																							
<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Pantorrilla																																																																																							
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Tobillo																																																																																							
<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Pierna																																																																																							
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Dedo pie																																																																																							
<input type="checkbox"/> Pulgar 1	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)																																																																																							
<input type="checkbox"/> Dedo 2																																																																																								
<input type="checkbox"/> Dedo 3																																																																																								
<input type="checkbox"/> Dedo 4																																																																																								
<input type="checkbox"/> Dedo 5																																																																																								
<input type="checkbox"/> Pecho																																																																																								
<input type="checkbox"/> Contusión (golpe)	<input type="checkbox"/> Fractura																																																																																							
<input type="checkbox"/> Estiramiento	<input type="checkbox"/> Amputación																																																																																							
<input type="checkbox"/> Esguince	<input type="checkbox"/> Enfermedad																																																																																							
<input type="checkbox"/> Abrasión	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)																																																																																							
<input type="checkbox"/> Laceración																																																																																								
<input type="checkbox"/> Perforación																																																																																								
<input type="checkbox"/> Cuerpo Extraño																																																																																								
<input type="checkbox"/> Quemadura Térmica																																																																																								
<input type="checkbox"/> Quemadura Química																																																																																								
<input type="checkbox"/> Golpeado por	<input type="checkbox"/> Ruido																																																																																							
<input type="checkbox"/> Golpeado contra	<input type="checkbox"/> Sust. Tóxicas																																																																																							
<input type="checkbox"/> Atrapado dentro	<input type="checkbox"/> Objetos																																																																																							
<input type="checkbox"/> Atrapado sobre	<input type="checkbox"/> extraños																																																																																							
<input type="checkbox"/> Atrapado entre																																																																																								
<input type="checkbox"/> Resbalón																																																																																								
<input type="checkbox"/> Caída libre a desnivel																																																																																								
<input type="checkbox"/> Caída a un nivel inferior																																																																																								
<input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo																																																																																								
<input type="checkbox"/> Contacto con electricidad																																																																																								
<input type="checkbox"/> Temperaturas extremas																																																																																								
<input type="checkbox"/> Acústicos / Ácidos																																																																																								

PERDIDA ESTIMADA (S/.)

☐ < 1000 ☐ 1000 Hasta 10000 ☐ 10000 Hasta 100000 ☐ 100000 Hasta M ☐ > 1 M

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

--	--	--	--

Se adjunta la siguiente información

Declaración Afectado/Testigo	<input type="checkbox"/>	Croquis / Planos	<input type="checkbox"/>	Registro de entrenamiento	<input type="checkbox"/>	Instrucción inicial / Formal	<input type="checkbox"/>
Permiso de trabajo	<input type="checkbox"/>	Procedimientos / Planes	<input type="checkbox"/>	Registro de Mantenimiento	<input type="checkbox"/>	Reporte Médico	<input type="checkbox"/>
Fotografías	<input type="checkbox"/>	Otros especificar	<input type="checkbox"/>				

AGENTES O ELEMENTOS MATERIALES DEL ACCIDENTE

FUENTE O ACTIVIDAD DURANTE EL ACCIDENTE

<input type="checkbox"/>	Operación de maquinaria
<input type="checkbox"/>	Operación de herramienta o equipo manual
<input type="checkbox"/>	Trabajos de armadura o montaje
<input type="checkbox"/>	Trabajos de revisión, mantenimiento y reparación
<input type="checkbox"/>	Tránsito de domicilio al trabajo
<input type="checkbox"/>	Tránsito del trabajo al domicilio
<input type="checkbox"/>	Comisión de servicios
<input type="checkbox"/>	Trabajos de oficina
<input type="checkbox"/>	Trabajos de supervisión
<input type="checkbox"/>	Otras actividades no clasificadas
<input type="checkbox"/>	Trabajos de vigilancia
<input type="checkbox"/>	Otros (<i>Especificar</i>) _____

ANÁLISIS DEL TIPO DE CONTACTO

<input type="checkbox"/>	Golpeado contra
<input type="checkbox"/>	Tropezado con
<input type="checkbox"/>	Chocado con
<input type="checkbox"/>	Golpeado por objetos sin movimiento
<input type="checkbox"/>	Caída de un nivel interior
<input type="checkbox"/>	Caída a un mismo nivel
<input type="checkbox"/>	Resbalón y caída
<input type="checkbox"/>	Volcarse
<input type="checkbox"/>	Atrapado puntos de compresión
<input type="checkbox"/>	Atrapado puntos de apriete
<input type="checkbox"/>	Cogido en
<input type="checkbox"/>	Agarrado en
<input type="checkbox"/>	Colgado en
<input type="checkbox"/>	Cogido entre
<input type="checkbox"/>	Contacto con electricidad
<input type="checkbox"/>	Contacto con calor
<input type="checkbox"/>	Contacto con frío
<input type="checkbox"/>	Contacto con radiaciones
<input type="checkbox"/>	Contacto con producto caustico
<input type="checkbox"/>	Contacto con producto tóxicos
<input type="checkbox"/>	Contacto con exposición y ruido
<input type="checkbox"/>	Sobreesfuerzo físico
<input type="checkbox"/>	Sobreesfuerzo de trabajo
<input type="checkbox"/>	sobreesfuerzo mental
<input type="checkbox"/>	Otros (<i>especificar</i>) _____

ANÁLISIS CAUSAL

CAUSAS INMEDIATAS

Acto Subestandar

<input type="checkbox"/>	Operar un equipo sin autorización/ Entrenamiento
<input type="checkbox"/>	Falla al advertir
<input type="checkbox"/>	Falla al asegurar
<input type="checkbox"/>	Operar a velocidad inadecuada
<input type="checkbox"/>	Hacer inoperables los dispositivos de seguridad
<input type="checkbox"/>	Remover dispositivos de seguridad
<input type="checkbox"/>	Uso de equipo defectuoso
<input type="checkbox"/>	Uso de equipo inapropiado
<input type="checkbox"/>	Falla al usar EPP
<input type="checkbox"/>	Descarga inadecuada
<input type="checkbox"/>	Almacenamiento inadecuado
<input type="checkbox"/>	Posición de tarea inadecuado
<input type="checkbox"/>	Mantenimiento de equipo en operación
<input type="checkbox"/>	Bromas
<input type="checkbox"/>	No seguir los procedimientos
<input type="checkbox"/>	Otros (<i>especificar</i>) _____

Condición Subestandar

<input type="checkbox"/>	Protección y barreras inadecuadas
<input type="checkbox"/>	EPP inadecuado e impropio
<input type="checkbox"/>	Herramientas / Equipo / Materiales defectuosos
<input type="checkbox"/>	Sistema de inadvertencia inadecuado
<input type="checkbox"/>	Área de trabajo sobre poblada/ Restringida
<input type="checkbox"/>	Peligro de explosión y/o incendio
<input type="checkbox"/>	Orden y limpieza deficiente
<input type="checkbox"/>	Peligro medioambiental
<input type="checkbox"/>	Exposición a ruido
<input type="checkbox"/>	Exposición a temperaturas extremas
<input type="checkbox"/>	Exposición a radiación
<input type="checkbox"/>	Iluminación inadecuada o excesiva
<input type="checkbox"/>	Ventilación inadecuada
<input type="checkbox"/>	Otros (<i>especificar</i>) _____

CAUSAS BÁSICAS

Factores Personales

<input type="checkbox"/>	Capacidad física/ Fisiológica inadecuada
<input type="checkbox"/>	Capacidad mental/ Psicológica inadecuada
<input type="checkbox"/>	Tensión física o fisiológica
<input type="checkbox"/>	Tensión mental o psicológica
<input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento
<input type="checkbox"/>	Falta de habilidad
<input type="checkbox"/>	Motivación inadecuada
<input type="checkbox"/>	Otros (<i>especificar</i>) _____

Factores de Trabajo

<input type="checkbox"/>	Liderazgo/ Supervisión inadecuada
<input type="checkbox"/>	Ingeniería inadecuada
<input type="checkbox"/>	Adquisición inadecuada
<input type="checkbox"/>	Mantenimiento inadecuado
<input type="checkbox"/>	Herramientas/ Equipos inadecuados
<input type="checkbox"/>	Estándares de trabajo inadecuados
<input type="checkbox"/>	Uso o desgaste excesivo
<input type="checkbox"/>	Abuso o maltrato
<input type="checkbox"/>	Diseño ergonómico inadecuado
<input type="checkbox"/>	Otros (<i>especificar</i>) _____

DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE DE TRABAJO

Cada empresa o entidad pública o privada, puede adoptar el modelo de determinación de causas, que mejor se adapte a sus características y debe adjuntar al presente formato el desarrollo de la misma.

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

MEDIDAS CORRECTIVAS

DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN			Completar ESTADO de la implementación de la medida correctiva (realizada, pendiente, en ejecución)
		DÍA	MES	AÑO	
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					

RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN

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