



## PROCEDIMIENTO

### REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO

Código: PRO-SIG-072

Revisión: 01

Fecha: 16/05/2023

Aprobado: GG

Página 1 de 14

# Reporte e Investigación de Incidentes y/o Accidentes de Trabajo

|                       | <b>PUESTO</b>                  | <b>NOMBRE</b>   | <b>FECHA</b> |
|-----------------------|--------------------------------|-----------------|--------------|
| <b>ELABORADO POR:</b> | Asistente de Calidad           | Rubí Ramos      | 16/05/2023   |
| <b>REVISADO POR:</b>  | Jefe de Seguridad y<br>Calidad | Ricardo Alarcón | 16/05/2023   |
| <b>APROBADO POR:</b>  | Gerente General                | Giovanni Klein  | 16/05/2023   |

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01                 |
|   | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> | Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 2 de 14 |

## 1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para el Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo, con el fin de identificar las causas que los originan, para evitar que ocurran o recurran a partir de las acciones correctivas y/o de mejora.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a todo el personal de la Empresa. (este procedimiento aplica a todos los incidentes y accidentes reportados)

## 3. RESPONSABLES

**Área de Calidad:** Responsables de la correcta aplicación del presente procedimiento.

**Asistente de RRHH:** Responsables de la correcta aplicación del presente procedimiento.

## 4. ABREVIATURAS

**4.1. RRHH:** Recursos Humanos

**4.2. ARH:** Asistente de RRHH

**4.3. MTPE:** Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

**4.4. SST:** Seguridad y Salud en el Trabajo.

## 5. REFERENCIAS

**5.1.** Ley 29783 – Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**5.2.** DS 005-2012-TR Reglamento de la Ley 29783 – Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**5.3.** Ley 30222 - Modifica la Ley 29783 – Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**5.4.** RM 050-2013-TR Formatos Referencias con las Información mínima que deben contener los registros obligatorios del Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**5.5.** DS 006-2014-TR Modifican el reglamento de la Ley 29783.

**5.6.** DS 006-2014-TR Aprueba el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2017 – 2021.

**5.7.** *Ley 31572 – Ley de Teletrabajo.*

**5.8.** *DS N° 002-2023-TR Reglamento de la Ley N° 31572 Ley del Teletrabajo.*

## 6. DEFINICIONES

**6.1. Accidente de trabajo (AT):** Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajo una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. También considerado cuando se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, y aun fuera del lugar y horas de trabajo.

Según su gravedad, los accidentes de trabajo con lesiones personales pueden ser:

- **Accidente Leve:** Suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, que genera en el accidentado un descanso breve con retorno máximo al día siguiente a sus labores habituales.
- **Accidente Incapacitante:** Suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, da lugar a descanso, ausencia justificada al trabajo y tratamiento. Para fines estadísticos, no se tomará en cuenta el día de ocurrido al accidente.
  - a) **Total Temporal:** Cuando la lesión genera en el accidentado la imposibilidad de utilizar su organismo; se otorgara tratamiento médico hasta su plena recuperación.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01                 |
|   | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> | Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 3 de 14 |

- b) **Parcial Permanente:** Cuando la lesión genera la pérdida parcial de un miembro u órgano o de las funciones del mismo.
- c) **Total Permanente:** Cuando la lesión genera pérdida anatómica o funcional total de un miembro u órgano; o de las funciones del mismo. Se considera a partir de la pérdida del dedo meñique.
- **Accidente Mortal:** Sucesos cuyas lesiones producen la muerte del trabajador. Para efectos estadísticos debe considerarse la fecha del deceso.
- **Enfermedad profesional u ocupacional:** Es una enfermedad contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo relacionadas al trabajo.

#### 6.2. Causas Básicas de los Accidentes:

- **Factores Personales:** Referidos a limitaciones en experiencias, fobias y tensiones presentes en el trabajador.
- **Factores del trabajo:** Referidos al trabajo, las condiciones y medio ambiente de trabajo (organización, métodos, ritmos, turnos de trabajo, maquinaria, equipos, materiales, dispositivos de seguridad, sistemas de mantenimiento, ambiente, procedimientos, comunicación entre otros).

#### 6.3. Causas Inmediatas de los Accidentes:

- **Condiciones Subestándares:** Es toda condicione en el entorno del trabajo que puede causar un accidente.
- **Actos Subestándares:** Es toda acción o practica incorrecta ejecutada por el trabajador que puede causar un accidente.

#### 6.4. Incidente:

Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con el trabajo, en el que la persona afectada no sufre lesiones corporales, o en el que éstas solo requieren cuidados de primeros auxilios.

#### 6.5. Incidente Peligroso:

Todo suceso potencialmente riesgoso que pudiera causar lesiones o enfermedades a las personas en su trabajo o a la población.

#### 6.6. Investigación de Accidentes e Incidentes:

Proceso de identificación de los factores, elementos, circunstancias y punto críticos que ocurren para causar los accidentes e incidentes. La finalidad de la investigación es revelar la red de causalidad y de ese modo permite a la dirección del empleador tomar las acciones correctivas y prevenir la ocurrencia de los mismos.

### 7. CONDICIONES GENERALES

No Aplica

### 8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#### 8.1. Notificación de Incidentes, Accidentes y Enfermedades Profesionales u Ocupacionales

- Como paso previo a la investigación es preciso que todo accidente de trabajo, enfermedad profesional u ocupacional, incidente e incidente peligroso sea notificado al Jefe Inmediato, Asistente de RR.HH. y/o al área de Calidad, dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el suceso, por el colaborador afectado **sea trabajo presencial y/o teletrabajo**.

#### 8.2. Elaboración del reporte de incidente y/o accidente

##### 8.2.1. Incidente y/o accidente en las instalaciones de CLI

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01                 |
|  | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> | Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 4 de 14 |

- Si existiese lesión, el colaborador deberá ser trasladado por el Asistente de RR.HH. al centro médico más cercano para su evaluación médica.
- El personal afectado es responsable de informar del suceso.

#### **8.2.2. Incidente y/o accidente fuera de las instalaciones de CLI – Operaciones**

- Si existiese lesión y el colaborador se encuentra consciente deberá ser trasladado al centro médico más cercano para su evaluación médica
- Si se determina que el evento es un accidente de trabajo se sigue los siguientes pasos:

- i. Trasladar al accidentado a la Clínica más cercana del lugar donde ocurrió el accidente (Ver listado de Clínicas de Referencia: Anexo N° 1) y el Asistente de RR.HH. dará el encuentro al personal afectado, para hacer entrega del Formato de Declaración de Accidentes y/o Solicitud de Atención Médica SCTR (Anexo N° 2 – Empleados / Clínica) firmada y sellada por el empleador, en admisión del Servicio de Emergencia, junto con el DNI del colaborador afectado.
- ii. Luego de recibir la atención médica, el Asistente de RR.HH. se quedará con la copia de la Formato de Declaración de Accidentes y/o Solicitud de Atención Médica SCTR junto con el descanso médico, para su registro respectivo.

- En caso el colaborador que sufriese de alguna lesión, incidente y/o accidente, no procede a informar debido a la condición de su gravedad y se evidencia su ausencia, se procederá de la siguiente manera:

- i. El Jefe inmediato verificará la última información cruzada con el personal afectado, desde su ausencia y dará aviso al Asistente de RR.HH.
- ii. El Asistente de RR.HH. procederá a comunicarse con sus familiares, para solicitar información del mismo.
- iii. El Asistente de RR.HH. solicitará información a los centros médicos cercanos de su última ubicación.

#### **8.2.3. Incidente y/o accidente fuera de las instalaciones de CLI – Motorizado**

- Si existiese lesión y el colaborador se encuentra consciente deberá ser trasladado al centro médico más cercano del lugar del suceso, para su evaluación médica.
- Deberá informar del suceso a la casa aseguradora de su SOAT y/o generar la activación del SCTR, según aplique.
- El Asistente de RR.HH. dará el encuentro al personal afectado, para seguimiento de su estado de salud.
- En caso el colaborador que sufriese de alguna lesión, incidente y/o accidente, no procede a informar debido a la condición de su gravedad y se evidencia su ausencia, se procederá de la siguiente manera:

- i. El Jefe inmediato verificará la última información cruzada con el personal afectado, desde su ausencia.
- ii. Procederá a comunicarse con sus familiares, para solicitar información del mismo.
- iii. El Asistente de RR.HH. solicitará información a los centros médicos cercanos de su última ubicación.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01                 |
|   | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> | Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 5 de 14 |

#### **8.2.4. Incidente y/o accidente fuera de las instalaciones de CLI – Transporte**

- Si existiese lesión y el colaborador se encuentra consciente deberá ser trasladado al centro médico más cercano del lugar del suceso, para su evaluación médica.
- Deberá informar del suceso a la casa aseguradora de su SOAT y/o generar la activación del SCTR, según aplique.
- El Asistente de RR.HH. dará el encuentro al personal afectado, para seguimiento de su estado de salud.
- En caso el colaborador que sufriese de alguna lesión, incidente y/o accidente, no procede a informar debido a la condición de su gravedad y se evidencia su ausencia, se procederá de la siguiente manera:
  - i. El Jefe inmediato verificará la última información cruzada con el personal afectado, desde su ausencia. Verificación de su ubicación mediante la Plataforma.
  - ii. Procederá a comunicarse con sus familiares, para solicitar información del mismo.
  - iii. El Asistente de RR.HH. solicitará información a los centros médicos cercanos de su última ubicación.

#### **8.2.5. Incidente y/o accidente personal teletrabajo**

- ***Si existiese lesión y el colaborador se encuentra consciente, deberá llamar a los teléfonos de emergencia, para la prestación de asistencia necesarias y/o acudir al centro médico más cercano para la asistencia médica.***
- ***El Asistente de RR.HH. dará el encuentro al personal afectado, para seguimiento de su estado de salud.***
- ***En caso el colaborador que sufriese de alguna lesión, incidente y/o accidente, no procede a informar debido a la condición de su gravedad y se evidencia su ausencia, se procederá de la siguiente manera:***
  - i. ***El Jefe inmediato verificará la última información cruzada con el personal afectado, desde su ausencia.***
  - ii. ***Procederá a comunicarse con sus familiares, para solicitar información del mismo.***
  - iii. ***El Asistente de RR.HH. solicitará información a los centros médicos cercanos de su última ubicación.***

#### **8.3. Investigación y Análisis del Incidente y/o Accidente**

- El Registro de Incidente y/o Accidente deberá ser generado por el área de Calidad, el cual deberá ser informado y entrado al Comité de SST y al Asistente de RR.HH. para que este último informe al Asistente Social. Este registro estará conformado por:
  - i. La Manifestación del Accidente y/o Incidente por parte del personal afectado, en caso no se encuentre en condiciones para realizar dicha acción, será el testigo el encargado de dar su manifestación del suceso.
  - ii. Registro del FOR-SIG-082 Registros de Accidente de Trabajo y/o FOR-SIG-081 Registro de incidentes Peligrosos e Incidentes, según sea el caso.
  - iii. Evidencia fotográfica.
  - iv. Registro estadístico de Accidentes y/o Incidentes.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01<br>Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 6 de 14 |
|   | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> |  |

- El área de Calidad en conjunto con el Asistente de RR.HH., inicia la investigación considerando lo siguiente:
  - i. Tomar las declaraciones de los involucrados y testigos, tomando fotos y recabando documentación, de ser necesario y según aplique.
  - ii. Procediendo a recabar el Informe Médico del Centro de Atenciones Médicas que corresponda según el caso, así como lo descansos médico según aplique.
  - iii. Proceden a analizar el incidente y/o accidente para encontrar las causas que lo originaron.
- El Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, estarán a cargo de investigar las causas de todos los incidentes, accidentes y/o enfermedades profesionales u ocupacionales, así como vigilar las medias adoptadas y examinar su eficiencia.
- El Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, estará a cargo de analizar y emitir informes de las estadísticas de los incidentes, accidentes y enfermedades profesionales u ocupacionales ocurridas en el lugar de trabajo.
- Una vez culminada la investigación del incidente / accidente, en un plazo no mayor a 07 días de ocurrido el evento, el Jefe de Seguridad y Calidad, enviarán el Informe de Investigación de Incidente / Accidente al:
  - i. Gerente General
  - ii. Gerente de Logística

#### **8.4. Los Accidentes mortales o Incidentes Peligrosos deben:**

- Ser reportados por el Comité de SST a la máxima autoridad del empleador, de manera inmediata.
- Ser investigados y adoptar medidas correctivas por el Comité de SST, dentro de los diez (10) días de ocurrido el suceso.
- Ser notificados al MTPE dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas, a través de la plataforma electrónica denominada del SAT (Ver Anexo N° 3) – Sistema de Información para el Registro Únicos de accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales (convenio con la SUNAT). Para realizar una notificación solo debe ingresar al SAT mediante usuario y Clave SOL (<https://www.sunat.gob.pe/xssecurity/SignOnVerification.htm?signonForwardAction=https://luna.mintra.gob.pe/si.sat/index.jsp>), elegir el tipo de suceso que desea reportar, aparecerá un formato en el que se deberá llenar los datos del empleador, del lugar en el que ocurrió el hecho, del trabajador y del accidente y/o enfermedad profesional u ocupacional que va a notificar, para finalizar generando una constancia y el registro del mismo.

#### **8.5. Generación de Acciones Correctivas y de Mejora**

- El área de Calidad, se encargada de la generación de Acciones correctivas y/o de Mejora derivadas de las investigaciones de los accidentes y/o incidentes sucedidos, mediante el FOR-SIG-009 Control del estado de las GDM.

#### **8.6. Seguimiento y Verificación de Acciones Correctivas y Preventivas**

- El área de Calidad realizará el seguimiento de las acciones correctivas y/o de mejora derivadas de las investigaciones de los accidentes y/o incidentes sucedidos, a fin de que sean implementadas en las fechas establecidas.
- Si en caso las acciones correctivas establecidas identifican nuevos peligros o cambios a las peligrosos existentes, deben ser revisadas y evaluadas de acuerdo a lo establecido en el PRO-SIG-006 Procedimiento de Control de las Gestiones de Mejora.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01                 |
|   | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> | Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 7 de 14 |

- El área de Calidad, realizará la verificación de las acciones correctivas y/o de mejora implementadas (respecto al tiempo de respuesta de la acción tomada).

#### **8.7. Tiempo de Archivo de Registro**

##### **8.7.1. Registro de Enfermedades profesionales u ocupacionales**

- Debe conservarse por un periodo de veinte (20) años posterior al suceso.

##### **8.7.2. Registro de Accidentes e Incidentes Peligrosos**

- Peligrosos por un periodo de diez (10) años posterior al suceso.

##### **8.7.3. Registro de Incidentes**

- Peligrosos por un periodo de cinco (05) años posterior al suceso.

#### **9. CONTROL DE CAMBIOS**

9.1. Se ha incluido los siguientes ítems:

- **5.7. Ley 31572 – Ley de Teletrabajo.**
- **5.8. DS N° 002-2023-TR Reglamento de la Ley N° 31572 Ley del Teletrabajo.**

9.2. Se ha incluido el punto **8.2.5. Incidente y/o accidente personal teletrabajo**

- ***Si existiese lesión y el colaborador se encuentra consciente, deberá llamar a los teléfonos de emergencia, para la prestación de asistencia necesarias y/o acudir al centro médico más cercano para la asistencia médica.***
- ***El Asistente de RR.HH. dará el encuentro al personal afectado, para seguimiento de su estado de salud.***
- ***En caso el colaborador que sufriese de alguna lesión, incidente y/o accidente, no procede a informar debido a la condición de su gravedad y se evidencia su ausencia, se procederá de la siguiente manera:***
  - i. El Jefe inmediato verificará la última información cruzada con el personal afectado, desde su ausencia.***
  - ii. Procederá a comunicarse con sus familiares, para solicitar información del mismo.***
  - iii. El Asistente de RR.HH. solicitará información a los centros médicos cercanos de su última ubicación.***



## PROCEDIMIENTO

### REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO

Código: PRO-SIG-072  
Revisión: 01  
Fecha: 16/05/2023  
Aprobado: GG  
Página 8 de 14

#### 10. ANEXOS

##### 10.1. Anexo N° 1 – Listado de Clínicas de Referencia.

| RED DE IPRESS VINCULADAS PARA SCTR                   |                           |  |                        |            |          |
|--|---------------------------|--|------------------------|------------|----------|
| INSTITUCIÓN  | TELÉFONOS                 | DIRECCIÓN  | DISTRITO               | PROVINCIA  | DPTO     |
| PRESTADORES AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS (LIMA)      |                           |  |                        |            |          |
| Clínica Bellavista (Ex San José Reaño)               | (01) 451-3454             | Jr Las Gaviotas 207 - Urb San Jose   | BELLAVISTA             | CALLAO     | LIMA     |
| Administradora Clínica Ricardo Palma                 | (01) 224-2224             | Av. Javier Prado este N° 1066  | LIMA                   | LIMA       | LIMA     |
| Maison De Santé Sede Chorrillos                      | (01) 619-6000             | Av. Chorrillos 171 - 173   | CHORRILLOS             | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Jesús Del Norte                              | (01) 613-4444             | Av Carlos Izaguirre N 153  | INDEPENDENCIA          | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Medavan                                      | (01) 261-1737 - 994173385 | Av. Gregorio Escobedo Nro. 560 Urb. Fundo Oyague (Alt.Frente Residencial San Felipe) | JESUS MARIA            | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Montefiori                                   | (01) 437-5151             | Av. Separadora Industrial N° 1818-1820 (Antes 380-390) Mz. A1. Lt 17-24, Urb. Cactus | LA MOLINA              | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Internacional Sede Lima                      | (01) 619-6161             | Jr Washington N 1471   | LIMA                   | LIMA       | LIMA     |
| Maison De Santé Sede Lima                            | (01) 619-6000             | Jr. Miguel Aljovin Nro. 208 - 222  | LIMA                   | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Good Hope                                    | (01) 610-7300             | Av Malecon Balta N 956   | MIRAFLORES             | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Los Andes                                    | (01) 221-0468             | Cl Asuncion N 177  | MIRAFLORES             | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Centenario Peruano Japonesa                  | (01)218-1017              | Av. Paso De Los Andes 675  | PUEBLO LIBRE           | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Stella Maris                                 | (01) 463-6666             | Av. Paso De Los Andes N° 923   | PUEBLO LIBRE           | LIMA       | LIMA     |
| Clínica De Especialidades Médicas                    | (01) 225-9925             | Jr Eduardo Ordoñez N 468   | SAN BORJA              | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Internacional Sede San Borja                 | (01) 619-6161             | Av Guardia Civil N 385   | SAN BORJA              | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Vesalio                                      | (01) 618-9999             | Calle Joseph Thompson 140 Urbanizacion Santo Tomas                                   | SAN BORJA              | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Javier Prado                                 | (01) 211-4141             | Av. Javier Prado Este N° 499 Urb. Jardín Lima  | SAN ISIDRO             | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Limatambo Sede San Isidro                    | (01) 4424-670             | Av Republica De Panama N 3606  | SAN ISIDRO             | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Ricardo Palma                                | (01) 224-2224             | Av Javier Prado Este N 1066  | SAN ISIDRO             | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Limatambo Sede San Juan De Lurigancho        | (01) 4424-670             | Av. Proceres De La Independencia 2701 - Y Ganimides 106 - 110                        | SAN JUAN DE LURIGANCHO | LIMA       | LIMA     |
| Clínica San Juan Bautista                            | (01) 610-4545             | Av. Proceres De La Independencia 1764, Mz. G, Lotes 10-11-20-21 - Urb. Las Flores    | SAN JUAN DE LURIGANCHO | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Santa María Del Sur                          | (01) 615-6767             | Av Belisario Suarez N 998 Zona C   | SAN JUAN DE MIRAFLORES | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Médica Cayetano Heredia                      | (01) 207-6200             | Av. Honorio Delgado 370 Ingenieria Smp   | SAN MARTIN DE PORRES   | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Providencia                                  | (01) 442-4352             | Calle Carlos Gonzales 250 Urb Maranga  | SAN MIGUEL             | LIMA       | LIMA     |
| Clínica San Gabriel                                  | (01) 614-2222             | Av La Marina N 2955 Urb Maranga II Etapa   | SAN MIGUEL             | LIMA       | LIMA     |
| Clínica Tezza  | (01) 610-5050             | Jr. El Polo 570 Monterrico-Santiago De Surco   | SANTIAGO DE SURCO      | LIMA       | LIMA     |
| PRESTADORES AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS (PROVINCIA) |                           |  |                        |            |          |
| Policlínico Yanacancha II                            | (01) 610-3333             | Campamento Minero Yanacancha   | SAN MARCOS             | HUARI      | ANCASH   |
| Clínica San Pablo Sede Huaraz                        | (043) 42-1698             | Jr Huaylas N 172   | INDEPENDENCIA          | HUARAZ     | ANCASH   |
| Policlínico Yanacancha                               | (043) 48-3110             | Campamento Minero Yanacancha   | SAN MARCOS             | HUARI      | ANCASH   |
| Clínica Robles                                       | (043) 32-2453             | Jr Manuel Villavicencio N 512  | CHIMBOTE / SANTA       | SANTA      | ANCASH   |
| Clínica San Pedro                                    | (043) 32-1930             | Jr. Manuel Villavicencio N° 481  | CHIMBOTE / SANTA       | SANTA      | ANCASH   |
| Clínica Santa María De Chimbote S.A.C.               | (043) 32-5073             | Eliás Aguirre 761 - Bolívar Bajo   | CHIMBOTE / SANTA       | SANTA      | ANCASH   |
| Policlínico Medic Salud S.R.L. (Challhuahuacho)      | 965396807                 | Av. Cristo De Los Andes S/N  | CHALLHUAHUACHO         | COTABAMBAS | APURIMAC |
| Clínica Arequipa S.A.                                | (054) 59-9000             | Esq Puente Grau Y Av Bolognesi Sn  | AREQUIPA               | AREQUIPA   | AREQUIPA |
| Clínica Monte Carmelo                                | (054) 23-1444             | Cal. Francisco Gómez de la Torre   |                        |            |          |
| Hospital Geriátrico Municipal                        | (054) 205-804             | Av. Pumacahua S/N  | CERRO COLORADO         | AREQUIPA   | AREQUIPA |
| Clínica Vallesur                                     | (054) 28-1019             | Av. La Salle N°116 Y N° 108 Cercado Arequipa   | AREQUIPA               | AREQUIPA   | AREQUIPA |
| Clínica San Juan De Dios Arequipa                    | (054) 38-2400             | Av Ejercito N 1020   | CAYMA                  | AREQUIPA   | AREQUIPA |
| Hospital Privado del Perú                            | (073) 28-5570             | Fundo Puyumtala Km5 Carretera Piura -  | CATACAOS               | PIURA      | PIURA    |

La impresión de este documento es considerada una COPIA NO CONTROLADA, se deberá validar la edición en el Blog de CLI; el mal uso del presente documento será considerado como una falta grave, cuya sanción será la indicada en el Reglamento Interno de Trabajo de la empresa para este tipo de faltas.



## PROCEDIMIENTO

### REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO

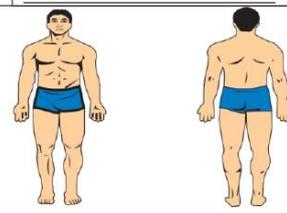
Código: PRO-SIG-072  
 Revisión: 01  
 Fecha: 16/05/2023  
 Aprobado: GG  
 Página 9 de 14

| Catacaos - Caserio Simbila              |                               |   |                           |                  |             |
|---|-------------------------------|---|---------------------------|------------------|-------------|
| Clinicentro Absi                        | 959373770                     | Avenida Ejercito 101 Local 103 Y 104  | YANAHUARA                 | AREQUIPA         | AREQUIPA    |
| Sanna - Clinica Del Sur                 | (054) 60-5900                 | Avenida Bolognesi 134 - Yanahuara   | YANAHUARA                 | AREQUIPA         | AREQUIPA    |
| Clinica Tu Salud                        | (054)274679                   | Urb.Valencia H6 Yanahuara   | YANAURA                   | AREQUIPA         | AREQUIPA    |
| Clinica El Nazareno                     | (066) 31-4517                 | Jr Quinua N 428   | AYACUCHO                  | HUAMANGA         | AYACUCHO    |
| Clinica Limatambo Cajamarca S.A.C.      | (076) 36-4241                 | Jr Puno N 265   | CAJAMARCA                 | CAJAMARCA        | CAJAMARCA   |
| Clinica Los Fresnos                     | (076) 36-4046                 | Jr Los Nogales N 179 Urb El Ingenio   | CAJAMARCA                 | CAJAMARCA        | CAJAMARCA   |
| Dr. Víctor Paredes                      | (084) 22-5265                 | Calle Lechugal N°405  | CUSCO                     | CUSCO            | CUSCO       |
| Pardo                                   | (084) 24-0387                 | Av. De La Cultura 710   | WANCHAQ                   | CUSCO            | CUSCO       |
| San Jose                                | (084) 24-3367                 | Av. Los Incas N° 1408 -B  | WANCHAQ                   | CUSCO            | CUSCO       |
| Hospital De Quillabamba                 | (84) 28-1282                  | Av. General Gamarra S/N   | SANTA ANA / LA CONVENCIÓN | LA CONVENCIÓN    | CUSCO       |
| Clinica Huanuco                         | (062) 51-4026                 | Jr.Constitucion N° 980  | HUANUCO                   | HUANUCO          | HUANUCO     |
| Clinica Daniel A. Carrion S.A.C.        | (056) 26-2667 - (056) 26-1144 | Av. Idelfonso N° 226 - Jr. Lima N° 566                                      | CHINCHA ALTA              | CHINCHA          | ICA         |
| Clinica San Vicente                     | (056) 22-7263                 | Av. Los Maestros N° 422, Urb. San Jose                                      | ICA                       | ICA              | ICA         |
| Clinica Señor De Luren De Ica Sac       | (056) 21-1989                 | Av San Martin N 536   | ICA                       | ICA              | ICA         |
| Clinica Tataje                          | (056) 218471                  | Av Conde De Nieva N 355 Urb Luren   | ICA                       | ICA              | ICA         |
| Las Condes S.A.C.                       | (056) 21-4149                 | Av. Conde De Nieva N° 1073, Urb Luren                                       | ICA                       | ICA              | ICA         |
| Las Americas                            | (056) 53-2679                 | Av. Las Americas N° 901, Urb. Los Bancarios D-32                            | PISCO                     | PISCO            | ICA         |
| Clinica Cayetano Heredia                | (064) 24-7087                 | Av.Huancavelica Nro.745 Junin-Huancayo-El Tambo                             | EL TAMBO                  | HUANCAYO         | JUNIN       |
| Clinica Ortega                          | (064) 23-2921                 | Av. Daniel A. Carrion N° 1124   | HUANCAYO                  | HUANCAYO         | JUNIN       |
| Camino Real                             | 980710994                     | Jr, Bolognesi N° 565  | TRUJILLO                  | TRUJILLO         | LA LIBERTAD |
| Clinica Peruano Americana S.A.          | (044) 22-2493                 | Av. Mansiche N° 810 Urb. Santa Ines   | TRUJILLO                  | TRUJILLO         | LA LIBERTAD |
| San Pablo Trujillo                      | (01) 610-3207                 | Av. Husares de Junin N° 690, Esq. con Sta. Teresa de Jesús - Urb. La Merced | TRUJILLO                  | TRUJILLO         | LA LIBERTAD |
| Sanna - Sanchez Ferrer S.A.             | (044) 74-9100                 | Cl Los Laureles N 436 Urb California  | VICTOR LARCO HERRERA      | TRUJILLO         | LA LIBERTAD |
| Clinica San Antonio                     | (044) 20-2597                 | Av Victor Larco N 620-630 Urb San Andres                                    | TRUJILLO                  | TRUJILLO         | LA LIBERTAD |
| Clinica Del Pacifico S.A.               | (074) 20-9039                 | Av Jose Leonardo Ortiz N 420  | CHICLAYO                  | CHICLAYO         | LAMBAYEQUE  |
| Hospital Privado Metropolitano          | (074) 27-2828                 | Calle Manuel Maria Izaga 154  | CHICLAYO                  | CHICLAYO         | LAMBAYEQUE  |
| Servimedicos S.A.C.                     | (074) 22-1585                 | Calle Manuel Maria Izaga N° 621   | CHICLAYO                  | CHICLAYO         | LAMBAYEQUE  |
| Clinica San Pedro                       | (01) 232-4841                 | Av Echenique N 641  | HUACHO                    | HUACHO           | LIMA        |
| Clinica Adventista Ana Stahl            | (065) 25-2535                 | Avenida La Marina N° 285  | IQUITOS                   | MAYNAS           | LORETO      |
| Clinica Gonzales                        | (063) 42-1515                 | Av Daniel Alcides Carrion N 99 Urb San Juan                                 | YANACANCHA                | PASCO            | PASCO       |
| Clinica Auna Miraflores Piura           | (073) 34-3037                 | Calle Las Dalias A-12-Urb.Miraflores  | CASTILLA                  | PIURA            | PIURA       |
| Sanna - Clinica Belen                   | (073) 28-5960                 | Calle San Cristobal N° 267 Urb. El Chipe                                    | PIURA                     | PIURA            | PIURA       |
| Clinica Inmaculada                      | (073) 50-4898                 | Av. Jose De Lama N° 1011  | SULLANA                   | SULLANA          | PIURA       |
| Clinica Santa Rosa Sullana              | (073) 50-5870                 | Av Panamericana N 332 Urb Santa Rosa  | SULLANA                   | SULLANA          | PIURA       |
| Clinica Virgen Del Pilar                | (073) 50-2278                 | Calle Bolivar 285   | SULLANA                   | SULLANA          | PIURA       |
| Clinica Torres S.A.                     | (073) 38-1967                 | Av A N 98 2do Piso  | PARIÑAS                   | TALARA           | PIURA       |
| Clinica Tresa                           | (073) 38-2213                 | Av A N 108 B  | PARIÑAS                   | TALARA           | PIURA       |
| Santa Beatriz Servicios Medicos S.A.C.  | (073) 38-2418                 | Avenida Grau(A)-100   | PARIÑAS                   | TALARA           | PIURA       |
| Medicentro Tourist'S Health             | (051) 36-5909                 | Jiron Moquegua N° 191   | PUNO                      | PUNO             | PUNO        |
| Clinica Americana De Juliaca            | (051) 32-1369                 | Jr Loreto N 315 Urb. La Rinconada   | JULIACA                   | SAN ROMAN        | PUNO        |
| Clinica San Martín                      | (042)52-3680                  | Jr San Martin N 274   | TARAPOTO                  | SAN MARTIN       | SAN MARTIN  |
| Clinica Isabel                          | (052) 24-2401                 | Calle. Arica N° 151   | TACNA                     | TACNA            | TACNA       |
| Clinica Promedic                        | (052) 24-2414                 | Calle Blondell N°425  | TACNA                     | TACNA            | TACNA       |
| Sermeditum Srl. (Clinica De La Familia) | (72) 52-1251                  | Av. Tumbes Norte N° 1079  | TUMBES                    | TUMBES           | TUMBES      |
| Clinica Amazonica                       | (061) 57-8432                 | Av.Saenz Peña N°421   | CALLERIA                  | CORONEL PORTILLO | UCAYALI     |
| Clinica Monte Horeb                     | (061) 57-1689                 | Jr Inmaculada N 529 Pucallpa  | CALLERIA                  | CORONEL PORTILLO | UCAYALI     |

La impresión de este documento es considerada una COPIA NO CONTROLADA, se deberá validar la edición en el Blog de CLI; el mal uso del presente documento será considerado como una falta grave, cuya sanción será la indicada en el Reglamento Interno de Trabajo de la empresa para este tipo de faltas.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01<br>Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 10 de 14 |
|   | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> |   |

**10.2. Anexo N° 2 – Formato de Declaración de Accidentes y/o Solicitud de Atención Médica SCTR (Empleador / Clínica)**

|  |  |   |                 |  |
|--|--|---|-----------------|--|
|   |  | <b>Declaración de Accidente y/o Solicitud de Atención SCTR</b>  |                 | <b>No.</b>   |
| Primera Atención (emergencia) <input type="checkbox"/>   | Continuación de Tratamiento <input type="checkbox"/> | Nó de solicitud de Atención médica <input style="width: 100px;" type="text"/>   |                 |  |
| Nombre o razón social  |  | RUC   |                 | Dirección  |
| Distrito   | Provincia  | Departamento  | Teléfono        | Fax  |
| <b>Información del trabajador accidentado</b>  |  |   |                 |  |
| Apellidos y nombres  |  | Fecha de nacimiento   | DNI             | Edad   |
|  |  |   |                 | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Domicilio  |  | Teléfono  | Cargo           | Area de trabajo  |
| <b>Detalle del accidente</b>   |  |   |                 |  |
| Causa del accidente  |  | Lugar del accidente   |                 |  |
| Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>   |  |   |                 |  |
| En labor habitual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas extras <input type="checkbox"/>   |  | Fecha del accidente   |                 | Hora   |
| Cómo ocurrió el accidente:   |  | Fuente o causa de lesión  |                 |  |
|  |  | Calor <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/><br>Metales <input type="checkbox"/> Eléctricos <input type="checkbox"/> Herramienta manual <input type="checkbox"/><br>Vidrio <input type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/><br>Otros: <input type="checkbox"/>   |                 |  |
| Tipo de accidente  |  | Lesión o daño referido  |                 |  |
| Golpes <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/><br>Cortes <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Atrapamientos <input type="checkbox"/> Atropellamientos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>   |  | Amputación <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/><br>Quemadura <input type="checkbox"/> Electrocuación <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/><br>Raspadura <input type="checkbox"/> Lesiones múltiples <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/><br>Laceración <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/><br>Otros: <input type="checkbox"/> |                 |  |
| Partes del cuerpo afectadas  |  |   |                 |  |
| Dedos <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/><br>Cabeza <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/><br>Otros <input type="checkbox"/>  |  |   |                 |  |
| Apellidos y nombres del reportante   |  | Firma y sello del empleador   |                 |  |
| Cargo  |  | Firma del reportante  |                 |  |
| <b>Para ser llenado por el médico tratante</b>   |  |   |                 |  |
| Nombre del centro asistencial  |  | RUC   |                 | Fecha de atención  |
| Nombre del médico tratante   |  | DNI   | CMP             | Teléfono   |
| Diagnóstico(s)   |  |   |                 | CIE 10   |
| Indicación médica y/o procedimiento realizado  |  |   |                 |  |
| Atención Hospitalización <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Hospitalización Servicio <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |   |                 |  |
| Interconsultas   |  |   |                 |  |
| Fecha  | Especialidad   | Procedimiento   |                 |  |
| Requiere medicina física o rehabilitación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |  | Número de sesiones  | Tipo de terapia | Tiempo   |
| Requiere tratamiento quirúrgico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |  | Especificar   |                 |  |
| Requiere aparatos ortopédicos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |  | Especificar   |                 |  |
| Pronóstico Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>   |  | Incapacidad temporal <input type="checkbox"/> Incapacidad permanente <input type="checkbox"/>   |                 | Tiempo de tratamiento                                      |
| Necesita ser trasladado a otro centro asistencial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |  | Especificar   |                 |  |
|  |  |   |                 | Firma y sello del médico tratante                          |
| <b>Esta ficha debe ser llenada total y correctamente, con letra legible (imprenta) en todas sus secciones por los responsables respectivos PARA EL EMPLEADOR ORIGINAL BLANCO</b>   |  |   |                 |  |

La impresión de este documento es considerada una COPIA NO CONTROLADA, se deberá validar la edición en el Blog de CLI; el mal uso del presente documento será considerado como una falta grave, cuya sanción será la indicada en el Reglamento Interno de Trabajo de la empresa para este tipo de faltas.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01                  |
|   | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> | Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 11 de 14 |

**10.3. Anexo N° 3 – SAT ‘Sistema de Información para el Registro Únicos de accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales (convenio con la SUNAT)’.**



**PERÚ**

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Bienvenido, ingrese con su Clave SOL

Ingreso a SUNAT en Línea



**CLAVESOL**

Ingresa por RUC

Ingresa por DNI

RUC

Ingrese RUC

Usuario

Ingrese usuario

Contraseña

Contraseña

¿Te olvidaste tu usuario o clave?

Marque la casilla de seguridad:

No soy un robot

  
reCAPTCHA  
Privacidad - Condiciones

Iniciar Sesión

Si experimenta algún inconveniente actualice la página utilizando las teclas Control + F5.

El tiempo de acceso de esta petición ha caducado, por favor, haga clic [aquí](#) si necesita más tiempo.

BIENVENIDOS AL MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO

Haga clic [aquí](#) si necesita ayuda, o ingrese su **Clave SOL** para acceder a nuestros servicios

Central Telefónica :315-6000 / 315-7200

Comentarios : [webmaster@mintra.gob.pe](mailto:webmaster@mintra.gob.pe)

Fuente:

<https://www.sunat.gob.pe/xssecurity/SignOnVerification.htm?signonForwardAction=https://una.mintra.gob.pe/si.sat/index.jsp>

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01<br>Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 12 de 14 |
|   | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> |   |

**10.4. Anexo N° 4 – FOR-SIG-083 Registro de Enfermedades Ocupacionales.**

|  |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
|--|---|---|--|--|--|--|----|---|----|
|   |   | <b>REGISTRO DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES</b> |  |  | Código: FOR-SIG-083<br>Versión: 1<br>Fecha: 29/08/2017<br>Aprobado: GG<br>Página: 1 de 1 |  |    |   |    |
| <b>DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:</b>  |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| 1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL  |   | 2. RUC  | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)  |  | 4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA   | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL  |    |   |    |
| 6. AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD   | COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO |   |  |  | 8. LÍNEAS DE PRODUCCIÓN Y / O SERVICIOS  |  |    |   |    |
|  | N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR   | N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR          | NOMBRE DE LA ASEGURADORA                                     |  |  |  |    |   |    |
| Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:  |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| <b>DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:</b>   |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| 9. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL  |   | 10. RUC                                       | 11. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia) |  | 12. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA  | 13. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL |    |   |    |
| 14. AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD  | COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO |   |  |  | 16. LÍNEAS DE PRODUCCIÓN Y / O SERVICIOS   |  |    |   |    |
|  | N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR   | N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR          | NOMBRE DE LA ASEGURADORA                                     |  |  |  |    |   |    |
| <b>DATOS REFERENTES A LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL</b>  |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| 17. TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL 1)   | 18. N° ENFERMEDADES OCUPACIONALES PRESENTADAS EN CADA MES POR TIPO DE AGENTE              |   | 19. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL                      | 20. PARTE DEL CUERPO O SISTEMA DEL TRABAJADOR AFECTADO | 21. N° TRABAJADORES AFECTADOS  | 22. ÁREAS                                |    |   |    |
|  | AÑO: E F M A M J J A S O N D  |   |  |  |  |  |    |   |    |
|  |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
|  |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| <b>24. TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES</b>   |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| <b>FÍSICOS</b>   |   | <b>QUÍMICOS</b>                               |  | <b>BIOLÓGICOS</b>                                      |  | <b>DISERGONÓMICO</b>                     |    | <b>PSICOSOCIALES</b>  |    |
| Ruido  | F1  | Gases   | Q1   | Virus  | B1   | Manipulación inadecuada de cargas.       | D1 | Hostigamiento psicológico.  | P1 |
| Vibración  | F2  | Vapores                                       | Q2   | Bacilos  | B2   | Diseño de puesto inadecuado.             | D2 | Estrés laboral.   | P2 |
| Iluminación  | F3  | Nebulinas                                     | Q3   | Bacterias  | B3   | Posturas inadecuadas.                    | D3 | Turno rotativo.   | P3 |
| Ventilación  | F4  | Rocío   | Q4   | Hongos   | B4   | Trabajos repetitivos.                    | D4 | Falta de comunicación y entretenimiento.  | P4 |
| Presión alta o baja  | F5  | Polvo   | Q5   | Parásitos  | B5   | Otros, indicar.                          | D5 | Autortarismo.   | P5 |
| Temperatura (Calor o frío)   | F6  | Humos   | Q6   | Insectos   | B6   |  |    | Otros, indicar  | P6 |
| Humedad  | F7  | Líquidos                                      | Q7   | Roedores   | B7   |  |    |   |    |
| Radiación en general   | F8  | Otros, indicar                                | Q8   | Otros, indicar   | B8   |  |    |   |    |
| Otros, indicar   | F9  |   |  |  |  |  |    |   |    |
| <b>25. DETALLE DE LAS CAUSAS QUE GENERAN LAS ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR TIPO DE AGENTE</b>   |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| Adjuntar documento en el que consten las causas que generan las enfermedades ocupacionales y adicionalmente indicar un breve descripción de las labores desarrolladas por el trabajador antes de adquirir la enfermedad. |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| <b>26. COMPLETAR SÓLO EN CASO DE EMPLEO DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS (REF. D.S. 039-93-PCM / D.S. 015-2005-SA)</b>   |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| RELACIÓN DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS  |   |   |  |  | SE HAN REALIZADO MONITOREOS DE LOS AGENTES PRESENTES EN EL AMBIENTE (SI / NO)            |  |    |   |    |
|  |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| <b>27. MEDIDAS CORRECTIVAS</b>   |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| 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). |    |
| 1.   |   |   |  |  | DÍA MES AÑO  |  |    |   |    |
| 2.   |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| 3.   |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| <b>28. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN</b>   |   |   |  |  |  |  |    |   |    |
| Nombre:  |   |   | Cargo:   |  |  | Fecha:                                   |    | Firma:  |    |
| Nombre:  |   |   | Cargo:   |  |  | Fecha:                                   |    | Firma:  |    |

La impresión de este documento es considerada una COPIA NO CONTROLADA, se deberá validar la edición en el Blog de CLI; el mal uso del presente documento será considerado como una falta grave, cuya sanción será la indicada en el Reglamento Interno de Trabajo de la empresa para este tipo de faltas.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01                  |
|   | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> | Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 13 de 14 |

**10.5. Anexo N° 5 – FOR-SIG-082 Registro de Accidente de Trabajo.**

|  |                        |   |   |                          |  |   |
|--|------------------------|---|---|--------------------------|--|---|
|   |                        | <b>Registro de Accidente de Trabajo</b> |   |                          | Código: FOR-SIG-082<br>Versión: 1<br>Fecha: 29/08/2017<br>Aprobado: GG<br>Página: 1 de 1 |   |
| <b>DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:</b>  |                        |   |   |                          |  |   |
| 1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL  |                        | 2. RUC                                  | 3. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)           |                          | 4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA   | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL   |
| 6. 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:  |                        |   |   |                          |  |   |
| <b>DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:</b>   |                        |   |   |                          |  |   |
| 7. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL  |                        | 8. RUC                                  | 9. DOMICILIO (Dirección, distrito, departamento, provincia)           |                          | 10. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA  | 11. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL  |
| 12. 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 |  |   |
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR:</b>   |                        |   |   |                          |  |   |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO   |                        |   |   | 14. N° DNI / CE          |  | 15. EDAD  |
| 16. ÁREA   | 17. PUESTO DE TRABAJO  | 18. ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO             | 19. SEXO F / M  | 20. TURNO D/T/N          | 21. TIPO DE CONTRATO   | 22. TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO   |
|  |                        |   |   |                          |  | 23. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del Accidente)   |
| <b>INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO</b>  |                        |   |   |                          |  |   |
| 24. FECHA Y HORA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE   |                        |   | 25. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN                               |                          | 26. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE  |   |
| DÍA  | MES                    | AÑO                                     | HORA  | DÍA                      | MES  | AÑO   |
| 27. MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO   |                        |   | 28. MARCAR CON (X) GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO) |                          |  | N° DÍAS DE DESCANSO MÉDICO  |
| ACIDENTE LEVE  | ACIDENTE INCAPACITANTE | MORTAL                                  | TOTAL TEMPORAL  | PARCIAL TEMPORAL         | PARCIAL PERMANENTE   | TOTAL PERMANENTE  |
| 31. DESCRIBA PARTE DEL CUERPO LESIONADO (DE SER EL CASO):  |                        |   |   |                          |  |   |
| <b>32. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO</b>  |                        |   |   |                          |  |   |
| Describa sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.<br><b>Adjuntar:</b><br>-Declaración del afectado sobre el accidente de trabajo.<br>-Declaración de testigos (de ser el caso).<br>-Procedimientos, planos, registros, entre otros que ayuden a la investigación del caso. |                        |   |   |                          |  |   |
| <b>33. DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE DE TRABAJO</b>  |                        |   |   |                          |  |   |
| 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 el presente formato el desarrollo de   |                        |   |   |                          |  |   |
| <b>34. MEDIDAS CORRECTIVAS</b>   |                        |   |   |                          |  |   |
| 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.  |                        |   |   |                          |  |   |
| <b>35. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN</b>   |                        |   |   |                          |  |   |
| Nombre:  |                        | Cargo:                                  | Fecha:  | Firma:                   |  |   |
| Nombre:  |                        | Cargo:                                  | Fecha:  | Firma:                   |  |   |

La impresión de este documento es considerada una COPIA NO CONTROLADA, se deberá validar la edición en el Blog de CLI; el mal uso del presente documento será considerado como una falta grave, cuya sanción será la indicada en el Reglamento Interno de Trabajo de la empresa para este tipo de faltas.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   | Código: PRO-SIG-072<br>Revisión: 01                  |
|   | <b>REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO</b> | Fecha: 16/05/2023<br>Aprobado: GG<br>Página 14 de 14 |

**10.6. Anexo N° 6 – FOR-SIG-081 Registro de incidentes Peligrosos e Incidentes.**

|   |                       |  |   |                                |  |        |   |
|---|-----------------------|--|---|--------------------------------|--|--------|---|
|    |                       | <b>Registro de incidentes peligrosos e incidentes</b>          |   |                                | Código: FOR-SIG-081<br>Versión: 1<br>Fecha: 29/08/2017<br>Aprobado: GG<br>Página: 1 de 1 |        |   |
| <b>DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:</b>   |                       |  |   |                                |  |        |   |
| 1. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL   | 2. RUC                | 3. DOMICILIO<br>(Dirección, distrito, departamento, provincia) |   | 4. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA | 5. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL  |        |   |
| Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:   |                       |  |   |                                |  |        |   |
| <b>DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:</b>  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| 6. RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL   | 7. RUC                | 8. DOMICILIO<br>(Dirección, distrito, departamento, provincia) |   | 9. TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA | 10. N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL   |        |   |
| Completar sólo en caso que el incidente afecte a trabajador (es).   |                       |  |   |                                |  |        |   |
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR (A):</b>  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| 11. APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO  |                       |  | 12. N° DNI / CE   |                                | 13. EDAD   |        |   |
| 14. ÁREA  | 15. PUESTO DE TRABAJO | 16. ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO                                    | 17. SEXO<br>F / M   | 18. TURNO<br>D/T/N             | 19. TIPO DE CONTRATO   |        |   |
|   |                       |  | 20. TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO               |                                | 21. N° HORAS TRABAJADAS EN LA JORNADA LABORAL (Antes del Suceso)                         |        |   |
| <b>INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE</b>  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| 22. MARCAR CON (X) SI ES INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| 23. INCIDENTE PELIGROSO   |                       |  | 24. INCIDENTE   |                                |  |        |   |
| N° TRABAJADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS  |                       |  | DETALLAR TIPO DE ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS (DE SER EL CASO) |                                |  |        |   |
| N° POBLADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| 25. FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE  |                       |  | 26. FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN                         |                                | 27. LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL HECHO  |        |   |
| DÍA   | MES                   | AÑO  | HORA  | DÍA                            | MES  | AÑO    |   |
|   |                       |  |   |                                |  |        |   |
| <b>28. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE</b>  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| Describa sólo los hechos, no escriba información subjetiva que no pueda ser comprobada.<br><b>Adjuntar:</b><br>-Declaración del afectado, de ser el caso.<br>-Declaración de testigos, de ser el caso.<br>-Procedimientos, planos, registros, entre otros que ayuden a la investigación del caso. |                       |  |   |                                |  |        |   |
|   |                       |  |   |                                |  |        |   |
| <b>29. DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL INCIDENTE PELIGROSO O INCIDENTE</b>  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| Cada empresa o entidad pública o privada, puede adoptar el modelo de determinación de causas, que mejor se adapte a sus características.  |                       |  |   |                                |  |        |   |
|   |                       |  |   |                                |  |        |   |
| <b>30. MEDIDAS CORRECTIVAS</b>  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA CORRECTIVA A IMPLEMENTARSE PARA ELIMINAR LA CAUSA Y PREVENIR LA RECURRENCIA  |                       |  | RESPONSABLE   | FECHA DE EJECUCION             |  |        | ESTADO ( Realizada, Pendiente, En Ejecución). |
|   |                       |  |   | DÍA                            | MES  | AÑO    |   |
| 1.  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| 2.  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| 3.  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| 4.  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| 5.  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| Insertar tantos renglones como sean necesarios.   |                       |  |   |                                |  |        |   |
| <b>31. RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN</b>  |                       |  |   |                                |  |        |   |
| Nombre:   |                       | Cargo:   |   | Fecha:                         |  | Firma: |   |
| Nombre:   |                       | Cargo:   |   | Fecha:                         |  | Firma: |   |

La impresión de este documento es considerada una COPIA NO CONTROLADA, se deberá validar la edición en el Blog de CLI; el mal uso del presente documento será considerado como una falta grave, cuya sanción será la indicada en el Reglamento Interno de Trabajo de la empresa para este tipo de faltas.