

**FORMATO****REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO**

Código: DIRIS-SST-F-002

Versión: 1

Fecha: 28/02/2023

N° Registro: 0 - 202\_

**1. DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:**

RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, provincia, departamento)	TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur	20602251641	Calle Martínez de Pinillos N° 124	Regulación de Activid. Organismos	
COMPLETAR SOLO 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:

**2. DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:**

RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, provincia, departamento)	TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
COMPLETAR SOLO 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		

**3. DATOS DEL TRABAJADOR:**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO						N° DNI / CE	EDAD	
SEDE	AREA	PUESTO DE TRABAJO	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO	SEXO (M / F)	TURNO (D / T / N)	TIPO DE CONTRATO	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO	N° HORAS TRABAJADAS

**4. INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO**

FECHA Y HORA DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE				FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION			LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE			
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO				
MARCAR CON (X) GRAVEDAD DEL ACCIDENTE DE TRABAJO				MARCAR CON (X) GRADO DEL ACCIDENTE INCAPACITANTE (DE SER EL CASO)				N° DIAS DE DESCANSO MEDICO	N° TRABAJADORES AFECTADOS	
ACCIDENTE LEVE	ACCIDENTE INCAPACITANTE	MORTAL		TOTAL TEMPORAL	PARCIAL TEMPORAL	PARCIAL PERMANENTE	TOTAL PERMANENTE			
DESCRIBIR PARTE DEL CUERPO LESIONADO (De ser el caso):										

**5. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**6. DESCRIPCION DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE DE TRABAJO****6.1. Causas inmediatas (Actos y condiciones inseguras):**

a) Actos inseguros:

-

-

-

b) Condiciones inseguras:

-

-

-

**6.2. Causas básicas (Factores personales y factores de trabajo):**

a) Factores personales:

-

-

-

b) Factores de trabajo:

-

-

-

**7. MEDIDAS CORRECTIVAS**

DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION			Estado de implementación de la medida correctiva (REALIZADA, PENDIENTE, EN PROCESO)
		DIA	MES	AÑO	

**8. RESPONSABLE DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACION**

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

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Seguridad y Salud en el Trabajo	Jefe de Oficina de RR.HH.	Jefe de Oficina de RR.HH.