



CENTRAL TERMICA PATAGONIA

## Anexo III PCO Informe de Incidente / Accidente

### INFORME DE INCIDENTES / ACCIDENTES

1	EMPRESA:	
2	Nº DE CONTRATO:	
3	FECHA:	
4	HORA:	
5	LUGAR:	
6	NOMBRE Y APELLIDO:(Lesionado / involucrado)	
7	CÉDULA DE IDENTIDAD:	
8	EDAD:	
9	DISCIPLINA:	
10	SUPERVISOR/ CAPATÁZ:	
11	LESIÓN / DAÑO /CUASI ACCIDENTE	
12	DESCRIPCIÓN BREVE DEL HECHO:	
13	CAUSA:	
14	MEDIDA CORRECTIVA:	
15	CLASIFICACIÓN PRELIMINAR:	
16	ASESOR DE SEGURIDAD:	
17	RESPONSABLE DEL TRABAJO	
18	SUPERVISOR / SUPTE. DE ÁREA	

Observaciones / Comentarios:

NOTA: INFORMAR EN FORMA VERBAL A SEGURIDAD y MEDIO AMBIENTE LO ANTES POSIBLE, DE TODO INCIDENTE Y COMPLETAR INMEDIATAMENTE LA INFORMACIÓN PRELIMINAR PARA SU DISTRIBUCIÓN



## **CENTRAL TERMICA PATAGONIA**

## **DECLARACIÓN DEL INCIDENTE/ ACCIDENTE POR PARTE DEL LESIONADO/ INVOLUCRADO**

NOMBRE Y APELLIDO:	
DNI	
CARGO:	
LUGAR:	
FECHA	
EMPRESA (CONTRATISTA):	

## **DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:**

**FIRMA:**

DNI \_\_\_\_\_



**CENTRAL TERMICA PATAGONIA**

## **DECLARACIÓN DEL INCIDENTE/ ACCIDENTE POR PARTE DE TESTIGOS**

NOMBRE Y APELLIDO:	
DNI	
CARGO:	
LUGAR:	
FECHA	
EMPRESA (CONTRATISTA):	

## **DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:**

**FIRMA:**

DNI



CENTRAL TERMICA PATAGONIA

**DECLARACIÓN DEL INCIDENTE / ACCIDENTE  
POR PARTE DE SUPERVISOR \_\_\_\_\_ CAPATÁZ \_\_\_\_\_**

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI

CARGO:

LUGAR:

FECHA

EMPRESA (CONTRATISTA):

**DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:**

FIRMA: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Nota: Esta declaración debe ser remitida en un lapso máximo de 24 horas de haber ocurrido el evento.



CENTRAL TERMICA  
PATAGONIA

## REPORTE DE ACCIDENTES / INCIDENTES

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Contratista:		Fecha del accidente/ incidente:	Hora del accidente/ incidente:
Nombre y Apellido del Trabajador:		Ubicación del accidente:	
Edad:	Fecha de Nac: Día ____ Mes ____ Año	Cédula / Pasaporte No.:	
Cargo: N/A		Años de experiencia Laboral:	
Tiempo en el Proyecto:		Dirección de Habitación:	
Fecha de Ingreso:			
Nombre del Capataz:			
Nombre del Jefe de obra		Teléfono de Habitación:	
Nombre del Asesor SHA:			

### 2. CLASIFICACIÓN DEL INCIDENTE / ACCIDENTE

Fatalidad	FAT	<input type="checkbox"/>	Caso de Primeros Auxilios	FTC	<input type="checkbox"/>
Lesión con Pérdida de Tiempo	LCPT	<input type="checkbox"/>	Accidente de Vehículo	VA	<input type="checkbox"/>
Caso de Trabajo Restringido	RWC	<input type="checkbox"/>	Incidente Ambiental	EI	<input type="checkbox"/>
Caso de Tratamiento Médico	MTC	<input type="checkbox"/>	Incendio	NM	<input type="checkbox"/>
*Lesión, enfermedad o incidente no relacionado con el trabajo: <input type="checkbox"/>			Otros Incidentes	OI	<input type="checkbox"/>

### CAUSAS PROBABLES

ACTO INSEGURO	AI	<input type="checkbox"/>	OTRAS ESPECIFIQUE:
CONDICIÓN INSEGURA	CI	<input type="checkbox"/>	

### 3. DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL ACCIDENTE

(Descripción incluyendo el equipo en uso, daños sufridos y condiciones ambientales donde sea aplicable)


#### 4. DETALLES DE LESIONES / ENFERMEDADES OCUPACIONALES DEL PERSONAL

PARTE DEL CUERPO					
Cabeza		Espalda		Manos	
Ojos		Pecho		Dedos	Respiratorio
Oídos		Abdomen/ Vientre		Piernas	Partes Multiples
Cuello		Cadera		Pies	Otros:
Hombro		Brazos		Dedos del pie	
NATURALEZA DE LA LESIÓN					ENFERMEDAD OCUPACIONAL
Amputación		Aplastamiento		Shock (Eléctrico)	Envenenamiento
Fractura		Cortadas		Esguinces / Tirón	Cuerpos extraños
Contusión		Descompresión		Otros:	Enfermedades de la piel
Quemaduras		Dislocación			Enfermedades del pulmón
Quemadura (Químico)		Ingestión			Pérdida de la Audición
Quemadura (Eléctrica)		Respiratorio			Otros:

#### 5. OPERACIONES (Tipo General de Trabajo)

Sísmico		Servicios		Construcción General	
Perforación/ trabajo superficial		Inspección		Pre-Commissioning	
Eléctrico		Levantamiento / Grúas		Hundimiento	
Mecánico		Excavaciones		Operación Normal	
Instrumentación		Espacios Confinados		Operaciones Especiales	

#### 6. TIPO DE CONTACTO

Golpeado contra	Arrojado	CONTACTO CON			
Golpeado por	Caída en el mismo nivel	Calor		Electricidad	
Atrapado en	Caída hacia abajo	Frío		Corrosivo	
Atrapado sobre	Sobre Esfuerzo	Radiación		Sustancias Tóxicas o Nocivas	
Atrapado entre		Ruido			

#### 7. TIPO GENERAL DE ACCIDENTE / INCIDENTE

Pérdida de Contenido	Manejo de Materiales	Estructural	
Incendio y Explosión	Uso de Maquinaria	Relativo a Excavación	
Contaminación Ambiental	Uso de Herramientas manuales	Radiación	
Resbalones / Caídas/ Deslices	Exposición a sustancias nocivas	Levantamiento/ Grúas	
Caída de objeto	Electricidad	Otros	

## 8. CAUSAS INMEDIATAS Y BÁSICAS

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BÁSICAS (Factores que permitieron las causas inmediatas)
Barreras / vigilancia inadecuada		Factores Externos
Fallas en la comunicación		Factores Personales
Incumplimiento de reglas/ procedimientos		Conocimiento y Habilidades Inadecuadas
Alertas / Dispositivos de Seguridad Inadecuados		Habilidades Físicas Inadecuadas
Fallas en la Observación		Estress Excesivo
Fallas en el Uso de Dispositivos de Alerta		Falta de Motivación
Manipulación Inapropiada		Supervisión / Gerencia Inadecuada
Inadecuado uso del EPP		Políticas / Planes Inadecuados
Influencia de Alcohol/ Droga		Planificación / Organización inadecuada
Equipos/ Herramientas Inadecuados		Normas / Procedimientos Inadecuados
Mal uso de Herramientas/ Equipos		Diseño de Ingeniería Inadecuada
Ambiente de Trabajo		Mantenimiento Inadecuado
Falta de Mantenimiento		Inspección Inadecuada
Falta de Entrenamiento		Entrenamiento Inadecuado
Falta de Atención		Otro:
Desconocimiento de la tarea		
Explicación:	Explicación:	

## **9. ACIONES CORRECTIVAS**

## **10. ANEXOS (Incluidos en este Reporte )**

	SI	NO		SI	NO
Declaración de trabajadores lesionados			Fotos		
Declaración de Capataces			Bosquejos, diagramas, planos explicativos		
Declaración de Supervisor			Copias de licencias / certificados / otro documento		
Declaración de testigos			Reporte de Servicios Médicos		
Declaración de Conductor/ Operador			Lista de Maquinarias/ equipos involucrados		
Inspecciones diarias, semanales y mensuales			Otros:		
Lista de vehículos, equipos móviles involucrados			Otros:		

#### **11. DATOS DEL EQUIPO INVESTIGADOR**

Nombre y Apellido:	C.I.:	Cargo:
Nombre y Apellido:	C.I.:	Cargo:
Nombre y Apellido:	C.I.:	Cargo:
<b>INVESTIGACIÓN CONDUCIDA POR:</b>		
Nombre y Apellido:	Firma:	Fecha:
Cargo:	Empresa:	

## **12. REVISIÓN GERENCIAL**

Cargo	Requiere Revisión		Nombre y Apellido	Firma	Fecha
	SI	NO			
Responsable Técnico					
Jefe de obra					
Capateces					
SeH					
MA					

#### **Comentarios Adicionales:**