



CENTRAL TERMICA PATAGONIA

Anexo III PCO Informe de Incidente / Accidente

INFORME DE INCIDENTES / ACCIDENTES

1	EMPRESA:	
2	N° 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 DE SUPERVISOR ____ CAPATÁZ ____**

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI

CARGO:

LUGAR:

FECHA

EMPRESA (CONTRATISTA):

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:

FIRMA: _____

DNI _____

Nota: Ésta 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		Respiratorio	
Ojos		Pecho		Dedos		Partes Múltiples	
Oídos		Abdomen/ Vientre		Piernas		Otros:	
Cuello		Cadera		Pies			
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	

