



FORMULARIO N° 1

NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO MORTAL

1. FECHA DE PRESENTACIÓN
DÍA MES AÑO

I. DATOS DEL EMPLEADOR(A) DEL TRABAJADOR(A) ACCIDENTADO(A)

2. RUC 3. RAZÓN SOCIAL

4. DOMICILIO PRINCIPAL

5. DEPARTAMENTO 6. PROVINCIA 7. DISTRITO

8. N° TELÉFONO (FIJO CON CÓD. PROV.) 9. TAMAÑO DE LA EMPRESA O ENTIDAD (TABLA N° 1) 10. N° DE TRABAJADORES 11. TIPO DE EMPRESA O ENTIDAD (TABLA N° 2)

12. CIU (TABLA DE SUNAT) 13. ACTIVIDAD ECONÓMICA 14. REALIZA ACTIVIDADES DE RIESGO (De acuerdo con el Anexo 5 del DS N° 009-97-SA). SÍ NO

II. DATOS DEL ACCIDENTE

15. FECHA DE OCURRENCIA 16. HORA DE OCURRENCIA 17. N° DE TRABAJADORES ACCIDENTADOS
DÍA MES AÑO H MM

18. TIPO DEL ACCIDENTE (TABLA N° 14) 18.A SUBGRUPO DEL TIPO DE ACCIDENTE (TABLA N° 14)

19. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

20. AGENTE CAUSANTE (TABLA N° 15) 20.A SUBGRUPO 1 DEL AGENTE CAUSANTE (TABLA N° 15) 20.B SUBGRUPO 2 DEL AGENTE CAUSANTE (TABLA N° 15)

III. LUGAR DEL ACCIDENTE

21. DIRECCIÓN

22. DEPARTAMENTO 23. PROVINCIA 24. DISTRITO

25. DETALLE EL LUGAR DE OCURRENCIA

LLENAR EN CASO EL ACCIDENTE TUVO LUGAR EN UNA MINA
NOMBRE DE LA CONCESIÓN MINERA Y/O UEA CÓDIGO CONCESIÓN MINERALLENAR EN CASO EL ACCIDENTE ESTA REFERIDO A HIDROCARBUROS LÍQUIDOS Y GAS NATURAL
CÓDIGO OSINERGMIN REGISTRO DGH Al momento del accidente, el trabajador accidentado se encontraba destacado en las instalaciones de otra empresa.

IV. DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

26. RUC 27. RAZÓN SOCIAL

28. DOMICILIO PRINCIPAL

29. DEPARTAMENTO 30. PROVINCIA 31. DISTRITO

32. N° TELÉFONO (FIJO CON CÓD. PROV.) 33. TAMAÑO DE LA EMPRESA O ENTIDAD (TABLA N° 1) 34. N° DE TRABAJADORES 35. TIPO DE EMPRESA O ENTIDAD (TABLA N° 2)

36. CIU (TABLA DE SUNAT) 37. ACTIVIDAD ECONÓMICA 38. REALIZA ACTIVIDADES DE RIESGO (De acuerdo con el Anexo 5 del DS N° 009-97-SA). SÍ NO



V. DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA

39. TIPO DE DOCUMENTO (TABLA N° 3)

40. NÚMERO DE DOCUMENTO

41. NACIONALIDAD (solo para personas extranjeras)

42. NOMBRES

43. APELLIDO PATERNO

44. APELLIDO MATERNO

45. SEXO (TABLA N° 5)

46. EDAD

47. ESTADO CIVIL (TABLA N° 6)

48. DOMICILIO

49. DEPARTAMENTO

50. PROVINCIA

51. DISTRITO

52. TIPO DE CONTRATO (TABLA N° 9)

53. CATEGORÍA OCUPACIONAL (TABLA N° 8)

54. GRADO DE INSTRUCCIÓN (TABLA N° 7)

55. ÁREA DE TRABAJO

56. PUESTO DE TRABAJO

57. ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO

 AÑOS MESES DÍAS

58. TURNO QUE DESARROLLABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE (TABLA N° 4)

59. HORAS TRABAJADAS ANTES DEL ACCIDENTE

 (desde el inicio de su jornada)

60. N° TELÉFONO (FIJO CON CÓD. PROV.)

VI. ASEGURAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA

61. SEGURO DE SALUD (TABLA N° 10)

61.1 NOMBRE DE LA EPS (TABLA N° 11)

62. ¿CUENTA CON SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SCTR)?

SÍ NO

solo si responde sí, consignar:

62.1 SCTR SALUD (TABLA N° 12)

62.2 SCTR PENSIÓN (TABLA N° 12)

FIN DEL FORMULARIO



FORMULARIO N° 3

NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO NO MORTAL

1. FECHA DE PRESENTACIÓN
DÍA MES AÑO

I. DATOS DEL EMPLEADOR(A) DEL TRABAJADOR(A) ACCIDENTADO(A)

2. RUC 3. RAZÓN SOCIAL

4. DOMICILIO PRINCIPAL

5. DEPARTAMENTO 6. PROVINCIA 7. DISTRITO

8. N° TELÉFONO (FIJO CON CÓD. PROV.) 9. TAMAÑO DE LA EMPRESA O ENTIDAD (TABLA N° 1) 10. N° DE TRABAJADORES 11. TIPO DE EMPRESA O ENTIDAD (TABLA N° 2)

12. CIU (TABLA DE SUNAT) 13. ACTIVIDAD ECONÓMICA 14. REALIZA ACTIVIDADES DE RIESGO (De acuerdo con el Anexo 5 del DS N° 009-97-SA). SÍ NO

II. DATOS DEL ACCIDENTE

15. FECHA DE OCURRENCIA 16. HORA DE OCURRENCIA 17. N° DE TRABAJADORES ACCIDENTADOS
DÍA MES AÑO H MM

18. TIPO DEL ACCIDENTE (TABLA N° 14) 18.A SUBGRUPO DEL TIPO DE ACCIDENTE (TABLA N° 14)

19. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

20. AGENTE CAUSANTE (TABLA N° 15) 20.A SUBGRUPO 1 DEL AGENTE CAUSANTE (TABLA N° 15) 20.B SUBGRUPO 2 DEL AGENTE CAUSANTE (TABLA N° 15)

III. LUGAR DEL ACCIDENTE

21. DIRECCIÓN

22. DEPARTAMENTO 23. PROVINCIA 24. DISTRITO

25. DETALLE EL LUGAR DE OCURRENCIA

LLENAR EN CASO EL ACCIDENTE TUVO LUGAR EN UNA MINA
NOMBRE DE LA CONCESIÓN MINERA Y/O UEA CÓDIGO CONCESIÓN MINERALLENAR EN CASO EL ACCIDENTE ESTA REFERIDO A HIDROCARBUROS LÍQUIDOS Y GAS NATURAL
CÓDIGO OSINERGMIN REGISTRO DGH Al momento del accidente, el trabajador accidentado se encontraba destacado en las instalaciones de otra empresa

IV. DATOS DE LA EMPRESA O ENTIDAD DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

26. RUC 27. RAZÓN SOCIAL

28. DOMICILIO PRINCIPAL

29. DEPARTAMENTO 30. PROVINCIA 31. DISTRITO

32. N° TELÉFONO (FIJO CON CÓD. PROV.) 33. TAMAÑO DE LA EMPRESA O ENTIDAD (TABLA N° 1) 34. N° DE TRABAJADORES 35. TIPO DE EMPRESA O ENTIDAD (TABLA N° 2)

36. CIU (TABLA DE SUNAT) 37. ACTIVIDAD ECONÓMICA 38. REALIZA ACTIVIDADES DE RIESGO (De acuerdo con el Anexo 5 del DS N° 009-97-SA). SÍ NO

**V. DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA**

39. TIPO DE DOCUMENTO (TABLA N° 3)

40. NÚMERO DE DOCUMENTO

41. NACIONALIDAD (solo para personas extranjeras)

42. NOMBRES

43. APELLIDO PATERNO

44. APELLIDO MATERNO

45. SEXO (TABLA N° 5)

46. EDAD

47. ESTADO CIVIL (TABLA N° 6)

48. DOMICILIO

49. DEPARTAMENTO

50. PROVINCIA

51. DISTRITO

52. TIPO DE CONTRATO (TABLA N° 9)

53. CATEGORÍA OCUPACIONAL (TABLA N° 8)

54. GRADO DE INSTRUCCIÓN (TABLA N° 7)

55. ÁREA DE TRABAJO

56. PUESTO DE TRABAJO

57. ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO

 AÑOS MESES DÍAS

58. TURNO QUE DESARROLLABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE (TABLA N° 4)

59. HORAS TRABAJADAS ANTES DEL ACCIDENTE

 (desde el inicio de su jornada)

60. N° TELÉFONO (FIJO CON CÓD. PROV.)

VI. ASEGURAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA

61. SEGURO DE SALUD (TABLA N° 10)

61.1 NOMBRE DE LA EPS (TABLA N° 11)

62. ¿CUENTA CON SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SCTR)?

Sí NO

solo si responde sí, consignar:

62.1 SCTR SALUD (TABLA N° 12)

62.2 SCTR PENSIÓN (TABLA N° 12)

63. TIPO DE CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL QUE PRESTA LA ATENCIÓN (TABLA N° 16)

VII. DIAGNÓSTICO MÉDICO

64. RUC DEL CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL

65. RAZÓN SOCIAL DEL CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL

66. ACCIDENTE LEVE

67. ACCIDENTE INCAPACITANTE

67.1 TOTAL TEMPORAL 67.2 PARCIAL TEMPORAL 67.3 PARCIAL PERMANENTE 67.4 TOTAL PERMANENTE 68. DÍAS DE DESCANSO MÉDICO DÍAS69. COMO CONSECUENCIA ACCIDENTE MORTAL

70. FECHA DE FALLECIMIENTO

 DÍA MES AÑO

71. PARTE DEL CUERPO AFECTADO (TABLA N° 17)

72. NATURALEZA DE LA LESIÓN (TABLA N° 18)

73. DIAGNÓSTICO MÉDICO

74. N° DE COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE

75. NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO TRATANTE

FIN DEL FORMULARIO

