

PETROPERU		CÓDIGO FORO1-159
GERENCIA CORPORATIVA AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	FORMATOS Y FORMULARIOS DE PETROPERÚ	FORMATO
Sub Gerencia Seguridad y Salud Ocupacional	INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE / ACCIDENTE DE TRABAJO	Versión: v. 0 Página 1 de 8

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO	N°
---	-----------

DATOS GENERALES

GERENCIA	SUB GERENCIA	JEFATURA / UNIDAD	FECHA DEL INFORME
EMPRESA CONTRATISTA:			

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	FICHA / DNI / CE	EDAD	SEXO (V/M)	PUESTO DE TRABAJO	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO
TIENE PERFIL MÉDICO CON LIMITACIONES (SI/NO):		TIEMPO TRABAJANDO EN LA EMPRESA:			
TIENE RELACIÓN EL EVENTO CON EL PERFIL LIMITANTE (SI/NO):		FUE CAPACITADO Y ENTRENADO PARA REALIZAR EL TRABAJO (SI/NO):			
CONTABA CON EL PERMISO DE TRABAJO (SI/NO):		CUMPLIÓ CON LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL PERMISO DE TRABAJO (SI/NO):			

INVESTIGACIÓN DEL EVENTO:

LUGAR DE OCURRENCIA	FECHA DEL EVENTO	HORA	HORAS TRABAJADAS ANTES DEL ACCIDENTE	FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN	DÍA DE LA SEMANA
MARCAR EL TIPO DE EVENTO:	INCIDENTE <input type="checkbox"/>	INCIDENTE PELIGROSO <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE <input type="checkbox"/>		
			LEVE <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>	MORTAL <input type="checkbox"/>
TRABAJO DE QUE REALIZABA:	RUTINARIO <input type="checkbox"/>	ESPECIAL <input type="checkbox"/>	PROGRAMADO <input type="checkbox"/>	EMERGENCIA <input type="checkbox"/>	OTRO: _____
JORNADA DE TRABAJO:	DIURNISTA <input type="checkbox"/>	TURNISTA <input type="checkbox"/>	MADRUGADA <input type="checkbox"/>	DÍA <input type="checkbox"/>	TARDE <input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				NUMERO DE DÍAS DE DESCANANDO MÉDICO:	

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:

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

FORO1-159

	Revisión 2 JOSE L. MAGO CASTILLO Jefe Técnica e Higiene Industrial Ficha: 02438	Revisión 30 A. REQUENA CASTRO Sub Gerente (a) Seguridad y Salud Ocupacional Ficha: 30029	Aprobado CARLOS CENTURION REYES Gerente Corporativo Ambiente, Seguridad y Salud Ocupacional Ficha: 58474
---	---	--	--

ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERÚ
No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERÚ

17 MAYO 2019

**GERENCIA CORPORATIVA
AMBIENTE, SEGURIDAD Y
SALUD OCUPACIONAL**

FORMATOS Y FORMULARIOS DE PETROPERÚ

FORMATO

**Sub Gerencia Seguridad y
Salud Ocupacional**

**INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE / ACCIDENTE DE
TRABAJO**

Versión: v. 0

Página 2 de 8

A - NATURALEZA DE LA LESIÓN

- | | | |
|---|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Excoriaciones | 7 <input type="checkbox"/> Heridas punzantes | 13 <input type="checkbox"/> Heridas cortantes |
| 2 <input type="checkbox"/> Contusiones | 8 <input type="checkbox"/> Heridas de bala | 14 <input type="checkbox"/> Torceduras y esguinces |
| 3 <input type="checkbox"/> Luxaciones | 9 <input type="checkbox"/> Traumatismos internos | 15 <input type="checkbox"/> Amputaciones |
| 4 <input type="checkbox"/> Pérdida ocular | 10 <input type="checkbox"/> Fracturas | 16 <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño en ojos |
| 5 <input type="checkbox"/> Asfixia | 11 <input type="checkbox"/> Quemaduras | 17 <input type="checkbox"/> Efectos de electricidad |
| 6 <input type="checkbox"/> Intoxicaciones por gases tóxicos | 12 <input type="checkbox"/> Efectos de la radiación | 18 <input type="checkbox"/> Otros _____ |

B - PARTE DEL CUERPO AFECTADA

- | | | |
|--|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Región craneana | 13 <input type="checkbox"/> Ojo, boca | 25 <input type="checkbox"/> Cara |
| 2 <input type="checkbox"/> Nariz y senos paranasales | 14 <input type="checkbox"/> Aparato auditivo | 26 <input type="checkbox"/> Cabeza |
| 3 <input type="checkbox"/> Cuello | 15 <input type="checkbox"/> Región cervical | 27 <input type="checkbox"/> Región dorsal |
| 4 <input type="checkbox"/> Región lumbosacra | 16 <input type="checkbox"/> Abdomen | 28 <input type="checkbox"/> Pelvis |
| 5 <input type="checkbox"/> Tronco | 17 <input type="checkbox"/> Hombro | 29 <input type="checkbox"/> Brazo |
| 6 <input type="checkbox"/> Codo | 18 <input type="checkbox"/> Antebrazo | 30 <input type="checkbox"/> Muñeca |
| 7 <input type="checkbox"/> Mano | 19 <input type="checkbox"/> Dedo (s) de la mano | 31 <input type="checkbox"/> Rodilla |
| 8 <input type="checkbox"/> Cadera | 20 <input type="checkbox"/> Muslo | 32 <input type="checkbox"/> Aparato genital |
| 9 <input type="checkbox"/> Pierna | 21 <input type="checkbox"/> Tobillo | 33 <input type="checkbox"/> Pie |
| 10 <input type="checkbox"/> Dedos de los pies | 22 <input type="checkbox"/> Aparato digestivo | 34 <input type="checkbox"/> Aparato cardiovascular |
| 11 <input type="checkbox"/> Aparato respiratorio | 23 <input type="checkbox"/> Ubicaciones múltiples | 35 <input type="checkbox"/> Sistema nervioso |
| 12 <input type="checkbox"/> Mamas | 24 <input type="checkbox"/> Aparato urinario | 36 <input type="checkbox"/> Otros _____ |

C - TIPO DE INCIDENTE / ACCIDENTE

- | | | | |
|---|--|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Golpeado por | 6 <input type="checkbox"/> Exposición a ruido de impacto | 11 <input type="checkbox"/> Contacto con objeto/
sustancia caliente | 15 <input type="checkbox"/> Fricción, abrasión, perforación
o corte |
| 2 <input type="checkbox"/> Golpeado contra | 7 <input type="checkbox"/> Exposición a ruido continuo | 12 <input type="checkbox"/> Absorción/ingestión/
inhalación de Sustancias | 16 <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> Contacto con | 8 <input type="checkbox"/> Esfuerzo excesivo | 13 <input type="checkbox"/> Exposición a energía elec. | |
| 4 <input type="checkbox"/> Caída al mismo nivel | 9 <input type="checkbox"/> Exposición a radiación no ionizante | 14 <input type="checkbox"/> Aprisionamiento en, sobre, entre | |
| 5 <input type="checkbox"/> Caída a distinto nivel | 10 <input type="checkbox"/> Exposición a radiación ionizante | | |

D - CAUSAS INMEDIATAS

ACTOS SUB ESTÁNDAR

- 1 ☐ Operar equipo sin autorización
- 2 ☐ Dejar sin señalización o advertencia
- 3 ☐ Falta de o falla al bloquear / resguardar / contener
- 4 ☐ Operar equipos móviles inadecuadamente
- 5 ☐ Tener dispositivos de seguridad inoperativos
- 6 ☐ Usar equipos y herramientas defectuosas
- 7 ☐ No usar adecuadamente el EPP
- 8 ☐ Levantamiento de carga inadecuada
- 9 ☐ Almacenar inadecuadamente los materiales
- 10 ☐ Cajeo de carga inadecuado
- 11 ☐ Adoptar una posición inadecuada para el trabajo
- 12 ☐ Hacer bromas
- 13 ☐ Trabajar bajo la influencia de alcohol / drogas
- 14 ☐ Usar equipos y herramientas inadecuadamente
- 15 ☐ Otros _____

CONDICIONES SUB ESTÁNDAR

- 1 ☐ Protecciones y barreras inadecuadas
- 2 ☐ Equipo de protección/control inadecuado o insuficiente
- 3 ☐ Herramientas, equipos o materiales defectuosos
- 4 ☐ Espacio restringido o congestionado
- 5 ☐ Sistema de advertencia inadecuado
- 6 ☐ Peligro de explosión e incendio
- 7 ☐ Orden y limpieza deficientes
- 8 ☐ Exposición a ruidos
- 9 ☐ Exposición a radiaciones
- 10 ☐ Exposición a temperaturas extremas
- 11 ☐ Exposición a sustancias peligrosas (polvo, humo, etc)
- 12 ☐ Iluminación excesiva o inadecuada
- 13 ☐ Ventilación inadecuada
- 14 ☐ Condiciones ambientales peligrosas
- 15 ☐ Proyecto o construcción inadecuada / insegura
- 16 ☐ Otros _____

FORO1-159

Revisión 1



Revisión 2

JOSE LUIS CASTILLO
Jefe
Técnica e Higiene Industrial
Ficha: 02438

Revisión 3

HENRY A. REQUENA CASTRO
Sub Gerente (S/O)
Seguridad y Salud Ocupacional
Ficha: 33029

Aprobado

CARLOS CENTENO GONZALEZ
Gerente Corporativo
Ambiente, Seguridad y Salud Ocupacional
Ficha 58471

17 MAYO 2019

ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERU
No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERU

E - CAUSAS BÁSICAS

FACTORES PERSONALES

- 1 ☐ Capacidad física/fisiológica inadecuada
- 2 ☐ Capacidad mental/psicológica inadecuada
- 3 ☐ Tensión física
- 4 ☐ Tensión mental o psicológica
- 5 ☐ Falta de conocimiento
- 6 ☐ Falta de habilidad
- 7 ☐ Motivación inadecuada
- 8 ☐ Otros _____

FACTORES DE TRABAJO

- 1 ☐ Liderazgo y supervisión inadecuada
- 2 ☐ Ingeniería inadecuada
- 3 ☐ Compras inadecuadas
- 4 ☐ Mantenimiento inadecuado
- 5 ☐ Equipo y herramientas inadecuado
- 6 ☐ Estándares de trabajo inadecuado
- 7 ☐ Uso y desgaste excesivo
- 8 ☐ Abuso o maltrato
- 9 ☐ Otros _____

F - FALTA DE CONTROL

Incumplimiento de estándares establecidos en:

- 1 ☐ Liderazgo y administración
- 2 ☐ Control Administrativo
- 3 ☐ Controles de Adquisiciones
- 4 ☐ Inspecciones Planeadas
- 5 ☐ Entrenamiento
- 6 ☐ Equipos de Protección Personal
- 7 ☐ Controles de Ingeniería
- 8 ☐ Contratación de personal
- 9 ☐ Controles y Servicio de Salud
- 10 ☐ Reglamentos
- 11 ☐ Investigación de Incidente/Accidente
- 12 ☐ Otros _____

Fallas en el SIG-C

- 1 ☐ Procedimiento IPERC / ATS
- 2 ☐ Control de Riesgos
- 3 ☐ Planificación del Trabajo
- 4 ☐ Control Operacional
- 5 ☐ Preparación y Respuesta a Emergencias
- 6 ☐ Verificación y Acción Correctiva

CONCLUSIONES

1. Acciones inmediatas (Correcciones) que se realizaron después del evento:

2.- Especificar la(s) Causa(s) Raíz del Incidente / Accidente:

3.- Acciones Correctivas establecidas:

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	% AVANCE

FORO1-159



Revisión 2
JOSE ENRIQUE CASTILLO
Jefe
Técnica e Higiene Industrial
Ficha: 02438

Revisión 3

HELENA CASTRO
Sub Gerente (e)
Seguridad y Salud Ocupacional
Ficha: 33029

Aprobado
CARLOS CASTRO
Gerente Corporativo
Ambiente, Seguridad y Salud Ocupacional
Ficha: 33411

ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERU
No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERU

7 MAYO 2019

PETROPERU		CÓDIGO FORO1-159
GERENCIA CORPORATIVA AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Sub Gerencia Seguridad y Salud Ocupacional	FORMATOS Y FORMULARIOS DE PETROPERÚ	FORMATO Versión: v. 0 Página 4 de 8
	INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE / ACCIDENTE DE TRABAJO	

EQUIPO INVESTIGADOR

NOMBRE	CARGO	DNI	FIRMA

COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE	CARGO EN EL COMITÉ	DNI	FIRMA

FORO 1-159 - REV. MAYO 2019

FORO1-159

	Revisión 2 JOSE LIMAGO CASTILLO Jefe Técnica e Higienista Industrial FICHA: 02438	Revisión 3  A. REQUENA CASTRO Gerente (e) Seguridad y Salud Ocupacional FICHA: 33029	Aprobado  CARLOS CERÓN CORTÉS Gerente Corporativo Ambiente, Seguridad y Salud Ocupacional FICHA: 26471
ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERÚ No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERÚ			7 MAYO 2019

PETROPERU		CÓDIGO FORO1-159
GERENCIA CORPORATIVA AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Sub Gerencia Seguridad y Salud Ocupacional	FORMATOS Y FORMULARIOS DE PETROPERÚ INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE / ACCIDENTE DE TRABAJO	FORMATO Versión: v. 0 Página 5 de 8

I. INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL FORMATO

N°	Escribir el número de registro asignado al evento suscitado.
DATOS GENERALES	
Gerencia:	Escribir el nombre de la Gerencia a la cual pertenece el trabajador que sufrió el evento.
Sub Gerencia:	Escribir el nombre de la Sub Gerencia a la cual pertenece el trabajador.
Jefatura/Unidad:	Escribir el nombre de la Jefatura o Unidad a la cual pertenece el trabajador que sufrió el evento o al cual pertenece la empresa Contratista.
Fecha del Informe:	Escribir la fecha de elaboración del informe.
Empresa Contratista:	En caso haya ocurrido el evento en una empresa terciaria, escribir el nombre o Razón Social de dicha empresa.
DATOS DE TRABAJADOR	
Nombre del Trabajador:	Escribir el nombre completo del trabajador (Apellidos y Nombres).
Ficha / DNI / CE	Escribir el número de Ficha (sólo trabajadores de PETROPERÚ) y número de DNI; en caso el trabajador sea extranjero escribir el número del Carné de Extranjería.
Edad	Escribir la edad del trabajador, especificando los años y meses.
Sexo (V/M)	Escribir (V) para varones y (M) para mujeres.
Puesto de trabajo	Escribir el puesto de trabajo en el cual sufrió el evento el trabajador.
Tiempo de experiencia en el puesto	Escribir cuando tiempo el trabajador ha ido laborando en el puesto en el cual sufrió el evento.
Tiene perfil médico con limitaciones (SI/NO):	Escribir (SI) en caso el trabajador tenga un perfil médico con limitaciones, caso contrario escribir (NO).
Tiene relación el evento con el perfil limitante (SI/NO):	Escribir (SI) en caso el evento haya tenido relación con el perfil médico, caso contrario escribir (NO).

	Revisión 2 Jefe Técnica e Higienista Industrial Ficha: 02436	Revisión 3 	Aprobado CARLOS CASTELLON REBOLLES Gerente Corporativo Ambiente, Seguridad y Salud Ocupacional Ficha: 04471
ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERU No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERU			
HENRY A. MEDINA CASTRO Sub Gerente (de) Seguridad y Salud Ocupacional Ficha: 33029			17 MAYO 2019

PETROPERU		CÓDIGO FORO1-159
GERENCIA CORPORATIVA AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Sub Gerencia Seguridad y Salud Ocupacional	FORMATOS Y FORMULARIOS DE PETROPERÚ INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE / ACCIDENTE DE TRABAJO	FORMATO Versión: v. 0 Página 6 de 8

Contaba con Permiso de Trabajo (SI/NO):	Escribir (SI) en caso el haya contado con el Permiso de Trabajo, caso contrario escribir (NO).
Tiempo trabajando en la empresa:	Escribir el tiempo que el trabajador viene laborando en la empresa.
Fue capacitado y entrenado para realizar el trabajo (SI/NO):	Escribir (SI) en caso el trabajador haya sido capacitado y entrenado para realizar el trabajo, caso contrario escribir (NO).
Cumplió con las medidas preventivas del Permiso de Trabajo (SI/NO)	Escribir (SI) en caso el trabajador haya cumplido las Medidas Preventivas descritas en el PT, caso contrario escribir (NO).
INVESTIGACIÓN DEL EVENTO	
Lugar de ocurrencia	Escribir el lugar exacto donde ocurrió el evento.
Fecha del evento:	Escribir la fecha de ocurrencia del evento, siguiendo el formato xx/yy/xxxx.
Hora:	Escribir la hora en la que se suscitó el evento.
Horas trabajadas antes del accidente	Escribir el número de horas que el trabajador iba laborando antes del evento.
Fecha de inicio de la investigación	Escribir la fecha de inicio de investigación del evento, siguiendo el formato xx/yy/xxxx.
Día de la semana:	Colocar el día exacto del evento (lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado o domingo)
Marcar el tipo de evento:	Colocar una "X" si el evento suscitado está catalogado como Incidente, Incidente Peligroso o Accidente; en caso de Accidente colocar una "X" si el accidente fue considerado Leve, Grave o Mortal; para mayor información revisar el Procedimiento de Reporte e Investigación de Incidentes, Accidentes y Emergencias.
Trabajo que realizaba:	Colocar una "X" si el trabajo que realizaba la persona afectada es un trabajo Rutinario, Especial, Programado o Emergencia, en caso sea otro, escribir el tipo de trabajo.
Jornada de Trabajo:	Colocar una "X" si la jornada de trabajo es Diurnista, Turnista, Madrugada, Día o Tarde.
Diagnóstico Médico:	Escribir el diagnóstico brindado por el médico que evaluó al trabajador.
Número de días de descanso médico:	Escribir la cantidad de días que se le brindó descanso médico.

Revisión 1  JOSÉ LIMACO CASTILLO Jefe Técnico e Higiene Industrial Ficha: 02436	Revisión 2  HENRY CASTRO Sub Gerente (a) Seguridad y Salud Ocupacional Ficha: 33029	Revisión 3  CARLOS CENTURIÓN Gerente Corporativo Seguridad y Salud Ocupacional Ficha: 58471	Aprobado  CARLOS CENTURIÓN Gerente Corporativo Seguridad y Salud Ocupacional Ficha: 58471
---	---	---	---

ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERÚ
 No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERÚ

1 MAYO 2019

PETROPERU		CÓDIGO FORO1-159
GERENCIA CORPORATIVA AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Sub Gerencia Seguridad y Salud Ocupacional	FORMATOS Y FORMULARIOS DE PETROPERÚ	FORMATO Versión: v. 0 Página 7 de 8
	INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE / ACCIDENTE DE TRABAJO	

Descripción del evento:	Brindar una descripción concisa del antes, durante y después del evento; las causas y fallas que provocaron el evento.
A. Naturaleza de la lesión	Marcar con una "X" la naturaleza de la lesión, dada por el médico; en caso la naturaleza de la lesión no se encuentre en el listado, escribir la lesión en Otros.
B. Parte del cuerpo afectada	Marcar con una "X" la(s) parte(s) del cuerpo afectada(s); en caso no se encuentre en el listado, escribir en Otros dicha parte afectada.
C. Tipo de Incidente / Accidente	Marcar con una "X" el riesgo al cual se expuso el trabajador y suscitó el evento, en caso no se encuentre en el listado, escribir en Otros el riesgo.
Actos Sub Estándar	Según lo analizado en el proceso de investigación, marcar con una "X" los Actos Sub Estándar identificados; en caso no se encuentre en el listado, escribir en Otros los Actos Sub Estándar identificados.
Condiciones Sub Estándar	Según lo analizado en el proceso de investigación, marcar con una "X" las Condiciones Sub Estándar identificadas; en caso no se encuentre en el listado, escribir en Otros las Condiciones Sub Estándar identificadas.
Factores Personales	Marcar con una "X" los Factores Personales identificados en la investigación; en caso no se encuentre en el listado, escribir en Otros los factores identificados.
Factores de Trabajo	Marcar con una "X" los Factores de Trabajo identificados en la investigación; en caso no se encuentre en el listado, escribir en Otros los factores identificados.
Falta de Control	Marcar con una "X" la Falta de Control que propició el evento, en caso no se encuentre en el listado, escribir en Otros las Faltas de Control identificadas.
Fallas en el SIG-C	Marcar con una "X" la(s) Falla(s) en el SIG-C que propició el evento.


CONCLUSIONES

Acciones Inmediatas (Correcciones) que se realizaron después del evento	Describir las acciones que se realizaron inmediatamente después de sucedido el evento para evitar la recurrencia o afectación a otras personas.
Especificar las Causas Raíz del Incidente / Accidente	Describir las Causas Raíz que produjeron el evento.
Descripción de las acciones:	Escribir las Acciones planteadas de cada Causa Raíz, especificando responsables, fechas de cumplimiento, porcentaje ejecutado.

Revisión 1 JOSÉ LIMACO CASTILLO Jefe Técnica e Higiene Industrial FICHA: 330221	Revisión 2 JOSÉ LIMACO CASTILLO Jefe Técnica e Higiene Industrial FICHA: 330221	Revisión 3 CARLOS CERNA Sub Gerente (e) Seguridad y Salud Ocupacional FICHA: 330221	Aprobado CARLOS CERNA Gerente Corporativo Ambiente, Seguridad y Salud Ocupacional FICHA: 330221
---	---	---	---

ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERÚ
 No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERÚ

17 MAYO 2019

PETROPERU 		CÓDIGO FORO1-159
GERENCIA CORPORATIVA AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Sub Gerencia Seguridad y Salud Ocupacional	FORMATOS Y FORMULARIOS DE PETROPERÚ	FORMATO Versión: v. 0 Página 8 de 8
	INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE / ACCIDENTE DE TRABAJO	

Equipo Investigador	Escribir el nombre completo de las personas involucradas en el proceso de investigación del evento.
----------------------------	--

II. RECOMENDACIONES O PRECISIONES

Fecha de próxima revisión:

Abril/2020

Responsable de la próxima revisión:

Jefatura Técnica e Higiene Industrial

III. CAMBIOS CON RESPECTO A LA VERSIÓN ANTERIOR

- Se reestructuró: Datos Generales, Datos del Trabajador e Investigación del Evento.
- Se incrementó la Descripción del Evento.
- Se reestructuró las Causas Inmediatas y Causas Básicas.
- Se incrementó la opción de Falta de Control.
- Se reestructuró las Conclusiones y el Equipo Investigador.

IV. PROCESO AL QUE PERTENECE

Código del Proceso	Nombre del Proceso	Nivel del Proceso
S4.2	Gestión de Seguridad Integral y Salud Ocupacional	Nivel 1

Revisión 1 	Revisión 2 JOSÉ LIMACO CASTILLO Jefe Técnica e Higiene Industrial FICHA 02456	Revisión 3  HENRY A. REQUENA CASTRO Sub Gerente de Seguridad y Salud Ocupacional FICHA: 33029	Aprobado  CARLOS CENTURIÓN MORALES Gerente Corporativo Ambiente, Seguridad y Salud Ocupacional FICHA 35477 17 MAYO 2019
---	---	---	---

ESTE DOCUMENTO HA SIDO PREPARADO PARA USO EXCLUSIVO DE PETROPERU
 No debe ser reproducido sin autorización expresa de PETROPERU