

Sistema de Información de Notificaciones de Accidentes de Trabajo, Incidentes Peligrosos y Enfermedades Ocupacionales



manual de uso





PERÚ

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo



© Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo del Perú (MTPE)

Documento elaborado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y el Instituto de Salud y Trabajo (ISAT), con la colaboración del Gobierno de Canadá.

Edición y/o contenido: Yuri Rivera Gavidia

Diseño gráfico: Karim L. Rojas Luján

Impresión:

Primera edición, noviembre 2010

Contenido

5	Base legal y presentación
6	Requisitos previos y fundamentales
7	La Clave SOL
8	Utilizando el Sistema de Accidentes de Trabajo (SAT)
8	Primeros pasos: ¿Dónde ubico y cómo ingreso al sistema?
10	Autenticándose en el sistema utilizando la Clave SOL
12	Reconociendo el Menú Principal del SAT
14	Reconociendo la barra común de herramientas en los formularios
16	A. Notificando un accidente mortal (Formulario para los empleadores: Artículo 75º
	del D.S. Nº 009-2005-TR)
18	Ingresando los datos del empleador (sección 1)
19	Ingresando los datos de la empresa donde el trabajador ejecutaba su labor (sección 2)
21	Ingresando los datos del trabajador accidentado (sección 3)
25	B. Notificando un incidente peligroso (Formulario para los empleadores: Artículo 77º
	del D.S. Nº 009-2005-TR)
27	Ingresando los datos del empleador (sección 1)
28	Ingresando los datos de la empresa donde el trabajador ejecuta su labor (sección 2)
30	Ingresando los datos del incidente peligroso (sección 3)
33	C. Registrando un aviso de accidente de trabajo (Formulario para los centros de
	salud: Artículo 76º del D.S. Nº 009-2005-TR)
35	Ingresando los datos del empleador (sección 1)
37	Ingresando los datos de la empresa donde el trabajador ejecuta su labor (sección 2)
38	Ingresando los datos del trabajador o trabajadores accidentados (sección 3)
40	Ingresando los datos del accidente de trabajo (sección 4)
44	D. Registrando un aviso de enfermedad ocupacional (Formulario para los centros de
	salud: Artículo 80º del D.S. Nº 009-2005-TR)
46	Ingresando los datos del empleador (sección 1)
47	Ingresando los datos de la empresa donde el trabajador ejecuta su labor (sección 2)
49	Ingresando los datos del trabajador (sección 3)
51	Ingresando los datos de la enfermedad ocupacional (sección 4)
55	Keimprimiendo el voucher de una declaración
58	Anexo 1: Tablas de los formularios electrónicos 75, 76, 77 y 80
65	Anexo 2: Diagramas del proceso de notificación al SAT

Base legal y presentación

De acuerdo al D.S. Nº 009-2005-TR, Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, que especifica en el Título V, Información de accidentes y enfermedades ocupacionales, Capítulo I, Políticas en el Plano Nacional, "el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo es el encargado de formular, aplicar y examinar periódicamente la información en materia de: a) Registro, notificación e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales en coordinación con el Ministerio de Salud. b) Registro, notificación e investigación de los incidentes peligrosos. c) Recopilación, análisis y publicación de estadísticas sobre accidentes de trabajo, enfermedades ocupacionales e incidentes peligrosos." Esta labor es ratificada y complementada con lo especificado en el D.S. Nº 008-2010-TR y en el D.S. Nº 012-2010-TR.

Por lo tanto, es obligación de los empleadores de todos los sectores de la actividad económica notificar lo siguiente:

- Los accidentes de trabajo mortales deberán ser notificados al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas de ocurrido. (Artículo 75º del D.S. Nº 009-2005-TR).
- Los incidentes peligrosos que pongan en riesgo la salud y la integridad física de los trabajadores y/o población deberán ser notificados al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas de producido. (Artículo 77º del D.S. Nº 009-2005-TR).

Asimismo, los centros médicos asistenciales públicos, privados, militares, policiales o de la seguridad social deben notificar obligatoriamente lo siguiente:

 Los accidentes de trabajo deberán ser notificados al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo hasta el último día hábil del mes siguiente de ocurrido. (Artículo 76º del D.S. Nº 009-2005-TR). Sin embargo, si el accidente provoca la muerte del trabajador, se deberá hacer la notificación dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas de producido. (Artículo 83º del D.S. Nº 009-2005-TR modificado por el D.S. N° 012-2010-TR). Las enfermedades ocupacionales incluidas en la tabla nacional o que se ajustan a la definición legal de estas enfermedades que afecten a cualquier trabajador, independientemente de su situación de empleo, deberán ser notificadas al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y al Ministerio de Salud dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles de conocido el diagnóstico. (Artículo 80° del D.S. N° 009-2005-TR). Sin embargo, si como consecuencia de la enfermedad ocupacional se produjera la muerte del trabajador, se deberá hacer la notificación dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas de producido. (Artículo 83° del D.S. N° 009-2005-TR modificado por el D.S. N° 012-2010-TR).

El incumplimiento de estas obligaciones será sujeto de sanción.

Por esas razones, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo ha desarrollado un Sistema de Información de Notificaciones de Accidentes de Trabajo, Incidentes Peligrosos y Enfermedades Ocupacionales. Por medio de esta interface, se registrará toda la información necesaria para llevar a cabo las tareas de notificación, análisis, investigación y publicación que se especifican en el D.S. Nº 009-2005-TR, el D.S. Nº 008-2010-TR y el D.S. Nº 012-2010-TR.

Para efectuar esas declaraciones se deben utilizar los formularios aprobados en el DS Nº 008-2010-TR. Estos pueden ser presentados en su formato electrónico mediante el uso del sistema de información puesto a disposición de los usuarios en el portal institucional. Asimismo, en aquellas zonas donde no exista acceso a Internet, estos formularios podrán ser presentados por medio físico y escrito a la Oficina Zonal o Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo de la jurisdicción respectiva, tal como lo especifican el D.S. Nº 008-2010-TR y el D.S. Nº 012-2010-TR.

Este manual de usuario se ha diseñado con el propósito de orientar y facilitar el proceso de registro de la información al sistema.

Requisitos previos y fundamentales

El sistema de información lleva por nombre: Sistema de Accidentes de Trabajo (SAT) y ha sido diseñado para que su utilización sea de alcance nacional, por esa razón, la interface principal está publicada en el portal web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (www.mintra.gob.pe). Para ingresar al SAT debemos contar con lo siguiente:

- Un computador con sistema operativo Windows XP o superior (Windows Vista o Windows 7).
- Navegador Internet Explorer Ver 6.0 o superior (IE 7.0 o IE 8.0).
- Acceso al servicio de Internet. Se recomienda el acceso a través de un servicio con un ancho de banda de 200kbps, como mínimo.

La Clave SOL

Adicionalmente, para autenticar el ingreso, es obligatorio poseer la Clave SOL (Sistema de Operación en Línea) que otorga la SUNAT a los contribuyentes, que en nuestro caso son los empleadores.

La Clave SOL, en su conjunto, está compuesta por tres datos fundamentales: el número del Registro Único de Contribuyentes (RUC), un nombre de usuario y una contraseña. Vea el siguiente ejemplo:

Razón social del empleador o contribuyente	Agroindustrias del Perú S.A.
RUC	20602895665
Usuario de Clave SOL	77MBHGYV
Contraseña de Clave SOL	YbNKntMUb

Importante:

Si no posee la Clave SOL de la SUNAT, no podrá ingresar al sistema de información. Por lo tanto será necesario que solicite una en cualquiera de las oficinas de la SUNAT. Vea más información en el siguiente enlace: http://www.sunat.gob.pe/operacLinea/comoObtener.htm

Utilizando el Sistema de Accidentes de Trabajo (SAT)

Primeros pasos: ¿Dónde ubico y cómo ingreso al sistema?

- Ejecuta tu navegador Internet Explorer.
- Ingresa en la barra de direcciones del navegador la siguiente dirección: http://www.mintra.gob.pe



Ahora estás en el portal web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA).



• Ubica la sección Servicios en línea y haz "click" en el ícono de la opción Notificación de accidentes de trabajo.

Ahora estás dentro del área de ingreso e informativa del sistema de información.



• Finalmente, haz "click" en el ícono: "Servicio en línea, click aquí".



Autenticándose en el sistema utilizando la Clave SOL

Para ingresar al sistema, es necesario utilizar la Clave SOL que la SUNAT le ha otorgado al empleador, previamente.



Ingresa en el formulario los siguientes datos y en el mismo orden:

- Número RUC del empleador (11 digitos).
- Nombre de usuario SOL.
- Contraseña SOL.

Si el ingreso ha sido correcto, se nos permitirá el acceso al sistema y veremos un mensaje de verificación que nos informa que el sistema se visualizará en breves instantes.



Si los datos ingresados no fueron correctos, recibiremos un mensaje de error y tendremos que repetir el procedimiento de autenticación.

ienvenido, ingrese co	n su Clave SOL				
	0	RUC :	20515623568		
		USUAREO :	88HJNJKL Ingrese assarie SOL		
	CLAVESOL	CLAVE :	00000000000000000000000000000000000000		
	DIJULIOUL		Iniciar Sesión		
Me	ssage from webpage				
B Haga dic <u>ao</u>	Debe ingresar un N vacio o el RUC no e	ro. de RUC correct s válido.	o, posiblemente el campo e	stá jos	8

Reconociendo el Menú Principal del SAT

Luego de ingresar con éxito al SAT, veremos en nuestro navegador el menú principal.



En este menú, se observan cuatro (4) opciones básicas de registro agrupadas en dos (2) secciones: una para el uso del empleador y la otra para el uso de los centros asistenciales de salud. Cada una de ellas brinda acceso a un formulario electrónico diseñado para ingresar los datos especificados en su artículo relacionado dentro del Reglamento de Salud y Seguridad en el Trabajo.

Para el Empleador:

- Aviso de Accidente Mortal (Artículo 75º del D.S. Nº 009-2005-TR)
- Aviso de Incidente Peligroso (Artículo 77º del D.S. Nº 009-2005-TR)

Para los centros asistenciales:

- Aviso de Accidente de Trabajo (Artículo 76º del D.S. Nº 009-2005-TR)
- Aviso de Enfermedades Ocupacionales (Artículo 80° del D.S. N° 009-2005-TR)

De acuerdo a la notificación que el empleador o centro de asistencia de salud registrará, se seleccionará la opción adecuada.

Adicionalmente, en la parte inferior del menú, se encuentra la opción Reimprimir Voucher, la cual utilizaremos para generar una copia adicional de nuestras declaraciones.

Reconociendo la barra común de herramientas en los formularios

Cuando hagamos "click" a cualquiera de los formularios electrónicos, se nos presentará un formulario electrónico. Cada uno de estos cuatro formularios tiene en la parte superior una barra común con íconos que realizan opciones generales que detallamos a continuación.

👔 😭 - Maistero de Trabajo y	Promocian del Emplea -		ROATAL 🎪
1 🗞 🤪 21 🦯	Sistema de Accidentes de Trabajo SAT	1	PERO Alexandron y Pranaction del Despise



Ícono Portal

Si hacemos "click" en este ícono, el navegador nos trasladará a la página principal del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.



Ícono Inicio

Si hacemos "click" en este ícono, el navegador nos trasladará al menú principal del sistema de información desde donde podremos seleccionar otro formulario.



Ícono Ayuda

Si hacemos "click" en este ícono, el navegador nos mostrará el manual de ayuda del sistema SAT.



Ícono Salir del sistema SAT

Al hacer "click" en este ícono, el Sistema SAT concluirá nuestra sesión. Cuando hagamos ese procedimiento, el navegador intentará, automáticamente, cerrar la ventana o pestaña del navegador en la cual se cargó el sistema. Dependiendo de ello, se nos mostrará cualquiera de estos dos mensajes:



Si presiona el botón Sí cerrará la ventana o pestaña y se finalizará el Sistema SAT.

Si presiona el botón No, cancelará la acción y regresará al formulario que había seleccionado anteriormente o estaba editando.

A. Notificando un accidente mortal (Formulario para los empleadores: Artículo 75º del D.S. Nº 009-2005-TR)

Para ingresar al formulario de declaración, haga "click" en la opción: **Aviso de accidente mortal Artº 75** (Vea el diagrama de flujos del proceso de notificación en el Anexo 2). El formulario está dividido en tres secciones:



- Datos del empleador
- Datos de la empresa donde el trabajador ejecuta su labor
- Datos del trabajador accidentado

IMPORTANTE: Los accidentes de trabajo mortales deberán ser notificados al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas de ocurrido. (Artículo 75° del D.S. N° 009-2005-TR).

Convertir • Selection	er .							
* 🖸 * 🖙 🔒 * Eye	• Safety • Tools •	0- II.						
🔒 - Ninisterio de Trabajo	y Promoción del Er	npleo -						PORTAL
🐞 🥹 🖻 🖊	Siste	ma de	Accidente	as de Tra	bajo SA	τ	👻 🕫	RÚ de Tratajo y Promoción del Empi
		F	EGISTRO AC	CIDENTE	IORTAL			
Datos obligatorios (*)								
			DATOS D	EL EMPLEADOR	2			
4UCI			RAZON SOCIALI				_	
109:					-	i R		
CEPARTAMENTO:	Belecciene		PROVINCIA	Beleccone	141 *	DISTRITO	-Belecci	HH-181
11PG 20NA	··· Seleccione ···		PERC ZONA			124	- Selecci	urve 💌 *
DIRECCION	•		NUNERO					
MANZANA	LOTE		NUNERO PISO		NTERIOR			
N. DE TRABAJADORES:	* H	•,	FELEPOND		•	CORREO		
INDEQUE SI EL ACCEDENTE OC	WRRID EN UNA SUCU	RSAL DE SU	EMPRESA					
	DAT	OS DE LA	EMPRESA DONDE	EL TRABAJAD	OR EJECUTA	SULABOR		
RUCI	* RAZÓN SOCIAL:			•				
CELUI						ER		
DEPARTAMENTO:	Selecciene		PROVINCIAL	Selectione	• •	DESTRETO:	Selecci	0.he 💌 *
TIPO ZONA	··· Selectione ···		ARDS . 2014			114	- Selecce	one 💌 *
DRECCION			NUMERO			-		
MANZANA	LOTE		NUMERO PISO		TERIOR			
N. DE TRABAJADORES:	н *		FELEPOND.		•			
			DATOS DEL TRAB	AJADOR ACCID	ENTADO			
DN31		•	APELLIDO PATER	NO	•	APELLEDO MATERNI	01	•
NOMBRESI			GENERO.	- defeccio				
CEPARTARIENTO:	··· Seleccione ···		PROVENCEA	- deleccione		DESTRETO	· Gelecck	phe ·· 💌 ·
TIPO ZONA	- Beleccion		DESC. ZONA			VIA	Selecc	lura 💌 *
DIRECTION	•		NUMERO			1		
HANZANA	LOTE		NUMERO P250		TERIOR	TELEFONO		
CATEGORIA OCUPACIONALI	- Seleccione 💌	•	ASECURADO	E 15	KALUD-			
(75)	8		EDAGE		*	FECHA DEL AC	CIDENTE	
HORA DEL ACCIDENTE:		нн *	FORMA DEL ACCO	DENTE: - Deleusi				

Nota: Todos los campos del formulario que poseen un asterisco rojo (*) son datos que se deben ingresar obligatoriamente. Asegúrese, previamente, de tener esos datos.

Ingresando los datos del empleador (sección 1)

En esta sección deben ingresarse todos los datos correspondientes del empleador para quien labora el trabajador afectado.

DATOS DEL ENPLEADOR					
RUCI	•	RAZÓN SOCIAL:		•	
CIED.		A			
DEPARTAMENTO:	Seleccione 🗔 •	PROVINCIA:	-Seleccione- 🗔 •	DISTRITO: -Seleccione	
AROS ORIT	- Seleccione 😥 •	DESC. ZONA [VIA. Seleccione	
DIRECCION	•	NUMERO [
MANZANA	LOTE	NUMERO P150	INTERIOR		
N. DE TRABAJADORES:	*H *F	TELEFONO:	•	CORREO	
INDIQUE BI EL ACCIDENTE OC	INDIQUE SI EL ACCIDENTE OCUERDO EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA				

Tabla de descripción de campos

RUC (11 dígitos <mark>) (*)</mark>	Registro Único del Contribuyente (Empresa del emplea- dor). Se validará el ingreso. Si se ingresa un número errado se visualizará un mensaje de error.
Razón Social (*)	Nombre completo de la empresa para la cual labora el tra- bajador. Se obtiene automáticamente luego de ingresar el RUC.
CIIU (4 dígitos)	Clasificación internacional industrial uniforme de todas las actividades económicas. Código que se asigna a la activi- dad económica que realiza la empresa. Se obtiene auto- máticamente luego de ingresar el RUC.
ER (1 dígito)	Empresa de alto riesgo. Es el código adicional que se le asigna al Código de Actividad Económica (CIIU). Su codi- ficación es a (1) dígito. (Vea el Clasificador de Actividades de Alto Riesgo).
Departamento (*)	Departamento donde se ubica la empresa.
Provincia (*)	Provincia donde se ubica la empresa.
Distrito (*)	Distrito donde se ubica la empresa. Nota: seleccionar co- rrectamente el departamento, provincia y distrito para de- terminar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).
Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se encuentra la empresa: urbanización, zona industrial, asentamiento humano, etc.
Desc. Zona (*)	Nombre de la zona donde se ubica la empresa.

Vía (*)	Tipo de vía donde se ubica la empresa: calle, avenida, jirón, etc.
Dirección (*), número, man- zana, lote, número de piso e interior.	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los otros datos de la dirección donde está ubicada la empresa.
Nº de trabajadores M y F (*)	Está referido al número de trabajadores que tiene la em- presa por lo que se deberá registrar de manera precisa el número de trabajadores, desagregándolo por sexo. Mas- culino (M) y Femenino (F).
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Consideran- do los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional
Correo	Correo electrónico de contacto.
Indique si el accidente ocurrió en una sucursal de su empresa.	Seleccione esta opción si el accidente ocurrió en una sucur- sal o local distinto al principal donde se encuentra ubicada la empresa del empleador.

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

DATOS DEL EMPLEADOR				
RUC:	20602895665	RAZÓN SOCIAL: AGROINDUSTRIA S VALLES	DEL PERU S.A.	
CIEU1	AGROINDUSTRIA 5 VALLES DEL PER	U S.A.	ER	
DEPARTAMENTO	LIMA 🖸	PROVENCEA: UMA	DISTRITO: JESÚS MARÍA 🔄 *	
TIPO ZONA	SIN ZONA	PESC ZONA	VEA	
DORECCION	AV. ARENALES	NUMERO 1147		
HANZANA	LOTE	NUMERO PISO INTERIOR		
N. DE TRABAJADORES:	120 M 50 F	TELEFOND: 001-7854431	CORREO contacto@vallesdelperu.com.	
SARDARE OF DE ANTREMETE ANTREME EN INK CHARGE DE CHEMPECA				

Ingresando los datos de la empresa donde el trabajador ejecutaba su labor (sección 2)

En esta sección deben ingresarse todos los datos de la empresa donde el trabajador fue afectado. Es decir, si el trabajador fue afectado cumpliendo labores o servicios en una empresa distinta a la cual lo emplea, se debe informar los datos de esa empresa. Si el trabajador fue afectado en la misma empresa de su empleador, se registrarán los mismos datos de la sección 1.

	DATOS DE LA E	MPRESA DONDE	EL TRABAJADOR EJECUTA SU	LABOR	
RUG		RAZÓN SOCEAL			
CIIV				- n [
DEPARTAMENTO	- Seleccore 👱 *	PROVINCIAL	Salactiona 🗷 *	DISTRINO	-Seleccione- 💌 *
TIPO 20%A	- Selecciore 💌 *	DESC. ZONA		* VIA	- Seleccione - 💌 *
DERECCION		NUMBER	Constant States		
HARZANA	LOTI	NUMERO P150	INTERIOR		
N. DE TRABAJADORES	H* F*	TELEFONO			

Tabla de descripción de campos

RUC (11 dígitos) (*)	Registro Único del Contribuyente (Empresa del empleador). Se validará el ingreso. Si se ingresa un número errado se vi- sualizará un mensaje de error.
Razón Social (*)	Nombre completo de la empresa para la cual laboral el tra- bajador. Se obtiene automáticamente luego de ingresar el RUC.
CIIU (4 dígitos)	Clasificación internacional industrial uniforme de todas las actividades económicas. Código que se asigna a la actividad económica que realiza la empresa. Se obtiene automática- mente luego de ingresar el RUC.
ER (1 dígito)	Empresa de alto riesgo. Es el código adicional que se le asig- na al Código de Actividad Económica (CIIU). Su codificación es a (1) dígito. (Vea el Clasificador de Actividades de Alto Riesgo).
Departamento (*)	Departamento donde se ubica la empresa.
Provincia (*)	Provincia donde se ubica la empresa.
Distrito (*)	Distrito donde se ubica la empresa. Nota: seleccionar co- rrectamente el departamento, provincia y distrito para de- terminar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).
Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se encuentra la empresa: urbanización, zona industrial, asentamiento humano, etc.
Desc. Zona (*)	Nombre de la zona donde se ubica la empresa.
Vía (*)	Tipo de vía donde ubica la empresa: calle, avenida, jirón, etc.
Dirección (*), número, manzana, lote, número de piso e interior.	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los otros datos de la dirección donde está ubicada la empresa.

Nº de trabajadores M y F (*)	Está referido al número de trabajadores que tiene la empre- sa por lo que se deberá registrar de manera precisa el nú- mero de trabajadores, desagregándolo por sexo. Masculino (M) y Femenino (F).
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Considerando los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la co- bertura a Nivel Nacional.

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

	DA	TOS DE LA E	MPRESA DOND	E EL TRABAN	ADOR EJECUTA	SUL	ABOR			
RUCI	20602895665	•	RAZÓN SOCIAL		AGROINDUSTRU	A S VAL	LES DEL PERI	15.A.		•
CELUY	ELABORACIÓN DE	HRUTAS, LEGUM	BRES Y HORTALIZA	8		-	18	-		
DEPARTAMENTO	LIMA		PROVINCIA:	UMA.			DESTRITO		IESÚS MARÍA	•
TIPO ZONA	SIN 20NA		DESC. 20NA	0		•	VIA		AVENIDA	• •
DIRECCION	AV. ARENALES	· · · · · ·	NUMBRO	1147			5			
HANZABA	LOTE		NUMERO PISO		INTERIOR	_				
IL DE TRABAJADORES:	120 #	50	TELEFOND:	001-785443	1 *					

Ingresando los datos del trabajador accidentado (sección 3)

En esta sección deben ingresarse todos los datos personales y laborales del trabajador afectado, además, deben reportarse los detalles del accidente mortal.

	D	ATOS DEL TRABAJAD	OR ACCIDENTADO		
ORT:	•	APELLIDO PATERNO	•	APELLIDO HATER	* ICM
NOMBRESI		GENERO:	Seleccone 💌 *		
DEPARTAMENTO:	Selecciane 🗶 *	PROVINCIA:	electore- 💌 *	DISTRITO	-Selectione- 🗶 *
TIPO CORA	- defettione 💌 •	DESC. 208A		· VIA	- Seleccione - 💌 *
DIRECTOR		NUMERO			
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR	TELEFONO	
CATEGORIA OCUPACIONAL:	- Seleccore - 💌 *	ASECURADO:	ESSALUD:	5	
EPSI		EDAD	-	FECHA DEL A	CCEDENTE: T
HORA DES ACCEDENTE:	NON * 100 *	FORMA DEL ACCIDENTE	It - Selectione		
ACENTE CAUSANTE:	delettione				

Tabla de descripción de campos

DNI (8 dígitos) <mark>(*)</mark>	Registrar el número del documento de identidad (DNI) o carné de extranjería (CE), según corresponda. Si se ingresa un número errado se visualizará un mensaje de error.					
	DNI:	99635556 *				
	NOMBRES:	NO SE ENCONTRÓ LA PERSO *				
	DEPARTAMENTO:	Seleccione 💌 *				

•	
Apellido paterno (*)	Apellido paterno del trabajador accidentado. Esta infor- mación se visualizará automáticamente luego de ingre- sar correctamente el DNI.
Apellido materno (*)	Apellido materno del trabajador accidentado. Esta in- formación se visualizará automáticamente luego de in- gresar correctamente el DNI.
Nombres (*)	Nombres completos del trabajador afectado. Esta in- formación se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.
Género (*)	Género del accidentado. Masculino o Femenino.
Departamento <mark>(*)</mark>	Departamento del domicilio del trabajador
Provincia <mark>(*)</mark>	Provincia de del domicilio del trabajador
Distrito (*)	Distrito donde domicilia el trabajador. Nota: seleccio- nar correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).
Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se encuen- tra el domicilio del trabajador: urbanización, zona in- dustrial, asentamiento humano, etc.
Desc. Zona (*)	Nombre de la zona del domicilio del trabajador.
Vía (*)	Tipo de vía donde ubica la empresa: calle, avenida, ji- rón, etc.
Dirección (*), número, man-	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los
zana, lote, número de piso e interior.	otros datos de la dirección donde está ubicada la em- presa.
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Conside- rando los códigos (3 dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional.
Categoría ocupacional (*)	Seleccione la categoría ocupacional del trabajador. Vea la Tabla 1 del anexo.
Asegurado:	Marque la casilla si el trabajador está asegurado.
ESSALUD:	Marque la casilla si el trabajador está afiliado a ESSA- LUD.
EPS:	Marque la casilla si el trabajador está afiliado a una Enti- dad Prestadora de Salud (EPS).
Fecha del accidente: (*)	Registre la fecha en que ocurrió el accidente. Formato: día/mes/año (Ejemplo: 27/10/2010)
Hora del accidente: (*)	Registre la hora del accidente. Formato de 24 horas. (Ejemplo: 13 horas y 45 minutos)
Forma del accidente: (*)	Seleccione la forma en que ocurrió el accidente del tra- bajador. Vea la Tabla 3 del Anexo.

Agente causante: (*)	Seleccione la causa o el causante del accidente del tra-
	bajador. Vea la Tabla 4 del Anexo.

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

	D	ATOS DEL TRAB	AJADO	R ACCIDENTADO				
ONLI	04466566 *	APELLICO PATER	NND:	AYLLA	•	APELLIDO MATER	INC:	VACA *
NOMBRES	305E LUIS *	SENERO		MASCULINO .	•			
DEPARTABENTO	UMA .	PROVINCIA	UMA			DISTRITO	VILLA M	ARIA 💌 *
TIPO ZONA	URBANZACION .	DESC. ZONA	LOS P	ORTALES DE VILLA	_	VIA	THON	
DIRECTOR	TALARA *	NUMERO	777					
MANEANA	LOIL	NUMERO PISO		INTERIOR	-	TELEFONO	00145274	413
CATEGORIA OCUPACIONAL	OPERANO .	ASEGURADO	17	ESSALUD:	07	5		
K#51	C	ED-AD1	01	•		FECKA DEL A	OCIDENTE:	27/10/2010
HORA DEL ACCIDENTE:	13 HON * 45 HOM *	FORMA DEL ACCI	DENTE	CONTACTO CON PL	AGUN	CIDAS		
AGENTE CAUSANTE	SUSTANCIAS QUIMICAS - PLAGICIDAS							

Finalizando el registro del accidente mortal

Luego de completar cada una de las tres secciones del formulario, observaremos, al final del formulario, tres (3) botones que representan las acciones finales que podremos ejecutar.

Vista Previa	Grabar	Cancela
--------------	--------	---------

La vista previa

Si deseamos ver una vista previa del formulario que vamos a declarar, presionamos el botón Vista Previa. A continuación, el sistema nos mostrará una ventana nueva donde será visualizado el formulario en formato Adobe PDF. Este formulario podemos guardarlo en nuestra computadora o imprimirlo. Recomendamos hacer una vista previa antes de grabar el registro.

<section-header> DEPORTE DE ACCIDENTE MORTAL (Art. 75) JUTATE PRELIDITATION DETATE DEL EMPLEMENTE METATE DE LEMPLEMENTE METATE DE LONDARIA METATE METATE<th>De Trabajo V Promocion del En</th><th>Rech International Action</th><th>9:10110010 9:1108:03 A</th></section-header>	De Trabajo V Promocion del En	Rech International Action	9:10110010 9:1108:03 A
DISTR PRELIMENTS PARTON DELL EMPLEADOR MENTRANO DEL CONCOLICATION DEL PRANTAN DUCCES PLANTANS QUE SE UTULIZAN INC. MENTRANO DEL CONCOLICATION DEL PRANTANS DUCCES PLANTANS QUE SE UTULIZAN INC. MENTRANO DEL PRANTANS DEL CONCOLICATION DEL PRANTANS QUE SE UTULIZAN INC. MENTRANO MENTRANO <tr< th=""><th></th><th>REPORTE DE ACCIDENTE MORTAL (Art. 75°)</th><th></th></tr<>		REPORTE DE ACCIDENTE MORTAL (Art. 75°)	
L. DATOS DEL EMPLEADOR RUC Y RAZÓN SOCIAL: 2015/54/022 - AGRICULTURAL GROUP S.A. MEDEO: EMA-LUMA - ESUS MARIA DOMICIO FRINCIAL: SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 TELEFONO: 20178444 Nº TRABAJADORES: Nº BION 120 Nº TRABAJADORES: Nº BION 120 REC Y RAZÓN SOCIAL: 20178444 Nº TRABAJADORES: Nº BION 120 REC Y RAZÓN SOCIAL: 20178444 REC Y RAZÓN SOCIAL: 20178444 Nº TRABAJADORES: Nº BION 120 REC Y RAZÓN SOCIAL: 20178444 N' TRABAJADORES: 10180 - CUNA SIN ZONA AVARENA AVARENALES 1147 TELIFIONO: 20178444 N' TRABAJADORES: Nº BION 120 DIN / NOMERE COMPLETO: 2072020- RAZAEL HAMANA NAVEROS EDAT: EL TRABAJADOR ACCEDENTADO DOMICILIO: MEDIACIDIOLIDAS DE CARABAYLLO		VISTA PRELIMINAR	
L DATOS DEL ENFLEADOR RUCY RAIXON SOCIAL: [2015/SMEED: AGRICULTURAL (ROULP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: [0113-OLITYO DE FRUITAS, NUECES, FLANTAS QUE SE UTULZAN K. UBECEO: [MAA-LIMA - ESUS MARIA DOMICLIDO FRUNCIPAL: [SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 TELEFONO: [00178444] N* TRABALADORES: N* BOM [120] N* MUJ [00] CORREO: [contacto@publicsdepublic.com IL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecuta las labores) RUCY RAIZÓN SOCIAL: [201754/H62 - AGRICULTURAL GROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: [0113-OLITYO DE FRUITAS, NUECES, FLANTAS QUE SE UTULZAN K. DESCO: [MAA-LIMA - ESUS MARIA DOMICLIDO FRUNCIPAL: [201754/H62 - AGRICULTURAL GROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: [0113-OLITYO DE FRUITAS, NUECES, FLANTAS QUE SE UTULZAN K. DOMICLIDO FRUNCIPAL: [SIN ZONA SIN ZONA AVENIDA AV ARENALES 1147 TELEFONO: [0178544] N* TRABALADORES: N* BOM [120] N* MUJ [0] III-DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI /NOMSBE COMPLETO: [07523306-RAFAEL HLAMAN NAVEROS EDAD: [4] CENERO: [MASCULINO UBICIDO: [27523306-RAFAEL HLAMAN NAVEROS EDAD: [4] CENERO: [MASCULINO LIBERONICIAL: [301782404] AGEOTRADO: [N] ESSALUD: [N] LIFONO: [30178644] AGEOTRADO: [N] ESSALUD: [N] LIFONO: [30178644] DOMICLIDO: [3020306-RAFAEL HLAMAN NAVEROS EDAD: [4] CENERO: [MASCULINO DOMICLIDO: [30723306-RAFAEL HLAMAN NAVEROS EDAD: [4] CENERO: [MASCULINO DOMICLIDO: [30723306-RAFAEL HLAMAN NAVEROS EDAD: [4] CENERO: [MASCULINO DOMICLIDO: [30723306-RAFAEL HLAMAN NAVEROS EDAD: [1] AGEOTRADO: [N] ESSALUD: [N] LIFONO: [30178644] AGEOTRADO: [N] ESSALUD: [N] LIFONO: [N] LIFONO: [N] ESSALUD: [N] LIFONO: [N] LIFONO: [N] ESSALUD: [N] LIFONO: [N] LIFONO: [N] ESSALUD: [N] ESSALUD: [N] LIFONO: [N] LIFONO: [N] ESSALUD: [N] ESSALUD: [N] LIFONO: [N] LIFONO: [N] ESSALUD: [N] ESSALUD: [N] LIFONO: [N] ESSALUD: [N			
RUC Y RAZÓN SOCIALE : 20475549422 - AGRICULTURAL, GROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: [2013- GULTINO DE FRUTAS, NUECES, PLANTAS GUE SE UTILIZAN EX. UBGEO: EMA - LIMA - ESUS MARIA DOMICILIO FRUNCIPALI: [SIN 2044 AND ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 TELEFONO: 20178444 N° TRABAJADORES: N° BIOM 120 N° MUT 60 CORREO: 20052050294980092940.com IL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecuta las labores) RUC Y RAZÓN SOCIAL: 20475434952 - AGRICULTURAL GROUP 9.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: [0113 - GULTINO DE FRUTAS. NUECES. PLANTAS GUE SE UTILIZAN EX. UBIGEO: LIMA - LIMA - ZEUS MARIA DOMICILIO FRUNCIPALI: [SIN 2014A SUDIA AVENDA AV ARENALES 1147 TELETONO: 20178544 N° TRABAJADORES: N° BIOM 120 N° MUT 50 III - DATOS DE LI TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI /NOMERE COMPLETO: [2752306 - RAFAEL HIAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENTRO: MASCULINO DNI /NOMERE COMPLETO: [2752306 - RAFAEL HIAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENTRO: MASCULINO DI NOMERE COMPLETO: [2752306 - RAFAEL HIAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENTRO: MASCULINO DI NOMERE COMPLETO: [2752306 - RAFAEL HIAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENTRO: MASCULINO DI NOMERE COMPLETO: [2752306 - RAFAEL HIAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENTRO: MASCULINO DI NOMERE COMPLETO: [2752306 - RAFAEL HIAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENTRO: MASCULINO DI NOMERE COMPLETO: [2752306 - RAFAEL HIAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENTRO: MASCULINO DI NOMERE COMPLETO: [2752306 - RAFAEL HIAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENTRO: MASCULINO DI NOMERE COMPLETO: [2752306 - RAFAEL HIAMAN NAVEROS EDAD: 10 MASCULINO LIFECO: LIMA - LIMA - CARABAYLLO DOMICILIO: MEBANIZACIONILOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLOL 2 TELEFONO: N ESSALUE: N ESSALUE: N ESSALUE: N E55: N FECHA Y BORA BEL ACCIDENTE: [2102010 14 130 IORMA BEL ACCIDENTE: [ATROPELLAMENTO POR VEHCULOS AGENTE CAUSANTE: VEHCULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	L- DATOS DEL EMPLEA	DOR	
ACTIVIDAD DECONOMICA: [013-CULTIVO DE FRUTAS, NUECES, FLANTAS QUE SE UTULZAN KE. LENCEO: EMA - LIMA - LESUS MARIA DOMICILIO FRUNCIPAL: SIN ZONA SIN ZONA AVIENDA AV ARENALES 1147 THELETONO: ODITEMA N° TRABALADORES: N° BOM 120 N° MUT 60 CORREO: CONTACOQUARESORDERLOOM IL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecuta las labores) RCC V RAZÓN SOCIAL: [20175451462 - AORICULTURAL GROUP 9.A ACTIVIDAD ECONOMICA: [0113 - GULTIVO DE FRUTAS. NUECES. PLANTAS QUE SE UTULZAN KE [UBIGEO: LIMA - LIMA - JESUS MARIA DOMICILIO FRINCIPAL: [SIN ZONA SIN ZONA AVIENDA AV ARENALES 1147 TELETONO: 00178544 N° TRABALADORES: N° BOM 120 N° MUT 50 IL-DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI/NOMERE COMPLETO: [S752306 - RAFAEL HUMMAN NAVEROS EDAD: {1 CENTRO: MASCUINO UBICEO: LIMA - LIMA - CANADAYLLO DOMICILIO: REBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 320 Maz JLOL 2 THLIFONO: MARCUNAL SINCE CARABAYLLO CATECORIA: MARCUNINAS DEL ACCIDENTE: [20102019 14:30] FIS: N FECHA Y BORA DEL ACCIDENTE: [20202019 14:30] FISS: N FECHA Y BORA DEL ACCIDENTE [1202019 14:30] FISSION FECHA Y BORA DEL ACCIDENTE EN	RUC Y RAZÓN SOCIAL :	20475434952 - AORICULTURAL GROUP S.A.	
UBICEO: LIMA - LIMA - LESUS MARIA DOMICELIO FRENCEPAL: SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SUSTAINAS SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SUSTAINAS AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SUSTAINAS AVENDA AV ARENALES SINT RE UNICEO: LIMA - LIMA - LESUS MARIA DOMICELIO FRENCEPAL: SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SUSTAINAS SUSTAINAS AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA AVENDA AV ARENALES 1147 THLEFONO: DOTEAL SIN ZONA SIN ZONA AVENDA	ACTIVIDAD ECONOMICA :	0113 - CULTIVO DE FRUTAS, NUECES, PLANTAS QUE SE UTILIZAN ER	
DOMICCLIO FRINCEPAL: SIN 20NA SIN 20NA AN ZONA AVENUA AV AREMALES 1147 TILLIFONO: 00:78844 N* TRABAJADORES: N* BOM TIL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecuta las labores) RCV YRAZÓN SOCIAL: 20475444002 - AGROCUTURAL OROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: 2047544002 - AGROCUTURAL OROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: 2013-5015 MATA DOMICCLIO FRINCIPAL: 2047544002 - AGROCUTURAL OROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: 2013-5015 MATA DOMICCLIO FRINCIPAL: SIN 20NA SIN 20NA AVENDA AV AREMALES 1147 TILLEFONO: 00178644 N* TRABAJADORES: N* MUJ DIN / NOMERE COMPLETO: 07503005 - RAFAEL HUMAMAN NAVEROS EDATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DN/ NOMERE COMPLETO: DNI / NOMERE COMPLETO: 07503005 - RAFAEL HUMAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENERO: MASCULINO UBIGEO: LMA - UMA - CARABAVILO DOMICILIO: IRBANIZACION LOMAS DE CARABAVILIO CALLE LAS FRUTAS 220 Maz. JLot 2 THAISONO: ISSALUD: N EXE: N FECRA Y BORA DEL ACCIDENTE: CATECORIA: ASECURADO: N EXE: <	UBICEO :	LIMA - LIMA - JESUS MARIA	
THLEFOND: 0017844 N° TRABAJABORES: N° HOM T20 N° MUT 60 CORREC: contacto@valuesdepera.com IL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecuta las labores) RCC V RAZÓN SOCIAI: 20075444022-AGROULTURAL GROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: 0113 CULTIVO DE FRUTAS. NUECES. FLANTAS QUE SE UTILIZAN ER DOMECILO FRINCIPAL: 100178644 ER ER N° TRUBAJABORES: N° HOM T20 N° MUT ES IL-DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI / NOABBE COMPLETO: 00178644 E N° TRUBAJABORES: N° HOM T20 N° MUT ES IL-DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTIADO DNI / NOABBE COMPLETO: 00178644 E N° TRUBAJABORES: N° HOM T20 N° MUT ES IL-DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI / NOABBE COMPLETO: 00178644 E N° HUM / NOABBE COMPLETO: 00178644 E E N° HUM / NOABBE COMPLETO: 00178040 E E DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO E E E DOMICILIO: EBANIZACIONIOMAS DE CARABAVILO E E	DOMECILIO PRINCIPAL :	SIN ZONA SIN ZONA AVENIDA AV ARENALES 1147	
N° TRABAJADORES: N° HOM 120 N° MUJ 50 CORREO: COMMUND Qualmost person com IL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecuta la: labore:) RUC V RAZÓN SOCIAL: 20475434052-AGRECULTURAL GROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: 20175434052-AGRECULTURAL GROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: 20175434052-AGRECULTURAL GROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: 2017544052-AGRECULTURAL GROUP S.A. DOMICILIO FRINCIPAL: SIN 2008A SIN 2008A AVARENDA AVARENALES 1147 TILLIFONO: 20178544 N° TRABAJADORES: N° HOM 120 N° MUJ 50 III-DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DRI NOMERE COMPLETO: 207503306-RAFAEL HUAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENTRO: MASCULNO UBICEO: LUMA-LUMA-CARABAYLIO DOMICILIO: ERBANIZACION LOMAS DE CARABAYLIO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLot 2 TILLIFONO: SINCIPAL: N FECHA V HORA DEL ACCIDENTE: 20102010 14:20 TORIAD LA CEDENTE: AFROPELLAMENTO POR VENEDUNE 14:20 TORIAD LA CEDENTE: AFROPELLAMENTO POR VENEDUNE 51 AGENTE CAUSANTE: VENECULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	TELEFONO :	00178644	
L-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecuta las labores) RUC Y RALÓN SOCLAI: [20175434992-AGROULTURAL GROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA: [0113- CULTIVO DE FRUTAS. NAECES. PLANTAS QUE SE UTILIZAN ER [UBIGEO: [IMA-LIMA-AESUS MARIA DOMICILIO FRINCIPAL: [SPN ZONA SIN ZONA AVENICA AV ARENALES 1147 TELEFONO: [00178544] N* TRABAJADORES: N* BOM 120 N* MUU 50 III-DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI / NOMERE COMPLETO: [07523000-RRFAEL HUMANN NAVEROS EAAD: [4] CENTRO: [MASCULNO] UBICEO: [IMA-LIMA-CARABAYLIO DOMICILIO: [REBANEZACION LOMAS DE CARABAYLIO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLoi 2 III.FONO: [N] CATEORIA; [N] FECHA Y BORA DEL ACCIDENTE: [12102010 14.130 FORMA DEL ACCIDENTE: [VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN]	Nº TRABAJADORES :	Nº BOM 120 Nº MUJ 50 CORREO : contacto@vallesdeperu.com	
RUC Y RALEÓN SOCLAL : 20475434092-AGRICULTURAL GROUP S.A. ACTIVIDAD ECONOMICA : [0113 - GULTINO DE FRUTAS, NAECES, PLANTAS QUE SE UTILIZAN ER UNICEDO : LIMA - LIMA - AESUS MARIA DOMICILIO FRINCIPAL : [9N 2094 SIN 2094 AVENDA AV ARENALES 1147 TILLETONO : [00178644] N° MUU 80 N° TRABAJADORES : N° MON 120 N° MUU 80 III - DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI / NOMERE COMPLETO : [07203006 - RAFAEL HUMANN NAVEROS EDAD : (4) GENTRO : [MASCUINO UBICEO : LIMA - LIMA - CARABAYLLO [MASCUINO UBICEO : [MANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLoI 2 TILLETONO : [RBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLoI 2 TILLETONO : [RBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLoI 2 TILLETONO : [RBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLoI 2 TILLETONO : [RBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLoI 2 TILLETONO : [RBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLOI 2 TILLETONO : [RBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLOI 2 TILLETONO : [REANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230	IL- DATOS DE LA EMPR	ESA USUARIA (donde ejecuta las labores)	
ACTIVIDAD ECONOMICA: 0113 - CULTIVO DE FRUTAS. NUECES. FLANTAS QUE SE UTILIZAN ER UNICELO : LIMA - LIMA - JESUS MARIA DOMICELIO FRINCIPAL: SIN 20NA SIN 20NA AVENEDA AV ARENALES 1147 TILLIFONO : 00178544 N° TRABAJADORES : N° HOM 120 N° MUU 50 III DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI / NOMERE COMPLETO : 07523305 - RAFAEL HUMMAN NAVEROS EDAD : 41 CENERO : MASCULINO UNICEO : LIMA - LIMA - CARABAYLLO DOMICELIO : LIMA - LIMA - CARABAYLLO DOMICELIO : LIMA - LIMA - CARABAYLLO DOMICELIO : LIMA - LIMA - CARABAYLLO CATECORIA : ASECURADO : N ESSALUD : N EFS : N FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE : 12102010 14:30 FORMA DEL ACCIDENTE : ATROPELLAMENTO POR VEHCULOS AGENTE CAUSANTE : VEHCULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	RUC Y RAZÓN SOCIAL :	20475434052 - AGRICULTURAL GROUP S.A.	
UBIGEO : LIMA - LIMA - JE SUS MARIA DOMICILIO PENCIPAL: SPI 20NA SPI 20NA AVENDA AV ARENALES 1147 TELEFONO : DOI78544 N° TEABAJADORES : N° BOM 120 N° MUU 50 III - DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI / NOMERE COMPLETO : G752306 - RAFAEL HUAMAN NAVEROS EDAD : 41 CENERO : MASCULINO UBICEO : LIMA - LIMA - CARABAYLLO DOMICILIO : LIMA - LIMA - CARABAYLLO DOMICILIO : LIBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLot 2 TELEFOND :	ACTIVIDAD ECONOMICA	0113 - CULTIVO DE FRUTAS, NUECES, PLANTAS QUE SE UTILIZAN	
DOMICELIO PRINCIPAL: SIN 20NA SIN 20NA AVENDA AV ARENALES 1147 TELEFONO: DOT78644 N° TRUBAJADORES: N° HOM 120 HIL-DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI / NOMERE COMPLETO: 07503066 - RAFAEL HUAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENERO: WMACUNO UNICEO: LIMA - LIMA - CADABAYLLO DOMICILIO: LIBBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz. J.Lot. 2 TELEFONO: CATECORIA: CATECORIA: ASECURADO: IV FECHA Y BORA DEL ACCIDENTE: JORMA DEL ACCIDENTE: ASECURADO: AGENTE CAUSANTE: VEHICULIOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	UBIGEO :	LIMA - LIMA - JESUS MARIA	
THLETONO: 00178544 N" TRABAJADORES: N" NOM \$20 N" MUJ \$0 III- DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO 0178500 RAFAEL HIAMAN NAVEROS EDAD: (1) CENERO: MASCULNO UBICEO: LEMA-LEMA-CARABAVLO 0 DOMICILIO: IRBANIZACION LOMAS DE CARABAVLIO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLot 2 THLEFONO:	DOMICILIO PRINCIPAL	SIN 20NA SIN 20NA AVENIDA AV ARENALES 1147	
N" TRABAJADORES : N" HOM 120 N" MUJ 50 III- DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI /NOMBRE COMPLETO : 0750306-RAFAEL HUMAAN NAVEROS EDAD : 41 CENERO : WASCUMO UBICEO : LEMA - LIMA - CARABAVLO DOMICILIO : LEMA - LIMA - CARABAVLO DOMICILIO : LEMA - LIMA - CARABAVLO DOMICILIO : LEMA - LIMA - CARABAVLO CATEGORIA :	TELEFONO :	00178544	
III- DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI/NOABRE COMPLETO: 0750306-RAFAEL HUMAAN NAVEROS EDAD: 41 CENERO: WASCUNO UBICEO: LIMA-CIMA-CARABAVLIO DOMICILIO: ERBANIZACION LOMAS DE CARABAVLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz. JLoi 2 TELEFONO: CATEGORIA: ASECURADO: N ESSALUD: N E75: N FECHA Y BORA DEL ACCIDENTE: 12/162016 14:30 FORMA DEL ACCIDENTE: ATROPELLAMENTO POR VEHCULOS AGENTE CAUSANTE: VEHCULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	Nº TRADA LABORES	Nº BOAL 120 Nº MULT 40	
III- DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO DNI/NOMERE COMPLETO: 07503006 - RAFAEL HUAMAN NAVEROS EAAD: 41 CENTRO: WASCUUNO UBICEO: LUMA - LUMA - CARABAYLLO DOMICILIO: LUMA - LUMA - CARABAYLLO DOMICILIO: LUBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz JLoi 2 TELEFONO: CATECORAL: ASECURADO: N ESSALTD: N E75: N FECHA Y BORA DEL ACCIDENTE: 12/10/2019 14:30 FORMA DEL ACCIDENTE: ATROPELLAMENTO POR VEHICULOS AGENTE CAUSANTE: VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	A TRABAJAPORES (
DNI / NOMERE COMPLETO: E7523305 - RAFAEL HUAMAN NAVEROS EDAD: 41 CENTRO: MASCULINO UBICEO: LIMA - LIMA - CARABAYLLO DOMICILIO: LIRBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 330 Maz. J.Lot. 2 TELEFONO: CATECORA: ASECURADO: N ESSALUD: N EDS: N FECHA Y BORA DEL ACCIDENTE: [52/102019 14:30 FORMA DEL ACCIDENTE: ATROPELLAMENTO POR VEHOLLOS AGENTE CAUSANTE: VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	III DATOS DEL TRABAJ	ADOR ACCIDENTADO	
EDAD: 41 CENERO: MASCULINO UBIGEO: LIMA - LIMA - CARABAYLLO DOMICIELO: DOMICIELO: DOMICIELO: LIBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz. J.Lot. 2 TELEFONO: CATECORIA: ASECURADO: N ESSALUD: LIBA: ASECURADO: N ESSALUD: N JORMA DEL ACCIDENTE: ASECURADO: N ESSALUD: N LIPS: N FECRA Y BIORA DEL ACCIDENTE: [20102010: 14:30 JORMA DEL ACCIDENTE: ATROPELLAMENTO POR VEHOLICIS AGENTE CAUSANTE: VEHICULIOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	DNI / NOMBRE COMPLETO	07523366 - RAFAEL HUAMAN NAVEROS	
UBICED : LIMA - LIMA - CARABAYLLO DOMICILIO : LIBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz. J.Lot. 2 TELLEFONO : CATEGORIA : ASECURADO : N ESSALUD : N E75 : N FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE : 12/10/2010 14 : 30 FORMA DEL ACCIDENTE : ATROPELLAMENTO POR VEHECULOS AGENTE CAUSANTE : VEHECULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	EDAD: 41	CENERO: MASCULINO	
DOMICILIO : ERBANIZACION LOMAS DE CARABAVLLO CALLE LAS FRUTAS 230 Maz. J.Lot. 2 TELEFONO : CATEGORIA: ASECURADO : N ESSALUD : N EPS : N FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE : [2102010 14 : 30 FORMA DEL ACCIDENTE : ATROPELLAMENTO POR VEHICULOS AGENTE CAUSANTE : VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	UBICEO :	LIMA - LIMA - CARABAYLLO	
TELEFONO: CATEGORIA: ASECURADO: N ESSALUD: N EFS: N FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE: 12/10/2010 14:30 FORMA DEL ACCIDENTE: ATROPELLAMENTO FOR VEHICULOS AGENTE CAUSANTE: VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	DOMICILIO :	URBANIZACION LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 236 Maz. J Lot. 2	
CATEGORIA: N ESSALLTD: N EF5: N FECHA Y BORA DEL ACCIDENTE: [12/10/2010 14:30 FORMA DEL ACCIDENTE: ATROPELLAMENTO POR VEHICULOS AGENTE CAUSANTE: VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	TELEFONO :		
EFS: N FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE : [12/10/2010 14:30 FORMA DEL ACCIDENTE : ATROPELLAMENTO POR VEHOULOS AGENTE CAUSANTE : VEHOLILOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	CATEGORIA :	ASECURADO: N ESSALUD: N	
TORMA DEL ACCEDENTE : ATROPELLAMENTO POR VEHICULOS AGENTE CAUSANTE : VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	EPS: N	FECHA V BORA DEL ACCIDENTE 12/10/2010 14 30	
AGENTE CAUSANTE : VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	FORMA DEL ACCIDENTE	ATROPELLAMENTO FOR VEHICULOS	
	AGENTE CAUSANTE :	VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN	

Grabar

Si confiamos en que la información que hemos ingresado al formulario es correcta, procederemos a presionar el botón Grabar y nuestra declaración quedará registrada en el sistema.

Cancelar

Si por alguna razón decidimos no proseguir con la declaración, podemos presionar el botón Cancelar en cualquier momento para detener el proceso. Esta acción automáticamente finalizará nuestra sesión en el SAT.

Importante: luego de grabar una declaración no es posible modificarla, por lo tanto, debemos revisar los datos que estamos registrando en el formulario y asegurarnos de que todo esté correcto.

B. Notificando un incidente peligroso (Formulario para los empleadores: Artículo 77º del D.S. Nº 009-2005-TR)

Para ingresar al formulario de declaración, haga "click" en la opción: **Aviso de incidente peligroso Artº 77**. (Vea el diagrama de flujos del proceso de notificación en el Anexo 2).



El formulario está dividido en tres secciones:

- Datos del empleador
- Datos de la empresa donde el trabajador ejecuta su labor
- Datos del incidente peligroso

IMPORTANTE: Los incidentes peligrosos que pongan en riesgo la salud y la integridad física de los trabajadores y/o población deberán ser notificados al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas de producido. (Artículo 77° del D.S. N° 009-2005-TR).

			_	
C http://solan	intra 🖓 📲 🖒 🗙 🕻 🕻 🐴	finisterio de Trabajo y F	Pro	n * 0
🗴 🌯 Convertir 💌 🔂 Selec	cionar			
🔄 🕶 🖾 🖛 🖬 🖬 🖬	2age 🕶 Safety 🕶 Tgok 💌 🚯 🖛 🔛			
MR · Ministerio ce Trat	ajo y Promoción del Empleo -			PORTAL 🏨
i 🕲 🤪 🛃 🖊	Sistema de	Accidentes	s de Trabajo SAT	PERO Niejsterio de Trabajo y Promoción del Empieo
	REGI	STRO DE INC	IDENTE PELIGROSO	
Dates obligatories (*)				
David Congatorics ()		DATOS DEL	EMPLEADOR	
RUCI		RAZÓN SOCIALI		· ·
CEEVI				EK .
DEPARTAMENTO	Delessione 💌 🗮	PROVINCIA:	Deleudore 💌 📍	DISTRIPO:Delevatore
TIPO ZONA	Seleccione 💌 •	DESC. ZONA		VIA Seleccore R
DIRECCION	•	NUMERO [
MANZANA	LOTE	NUMERO P150	INTERJOR	
N. DE TRABAJADORES:	- "H - "F	TELEFOND	•	CORRED
INDEQUE SE EL ACCEDENTE O	CURRID EN UNA SUCURSAL DE SU	EMPRESA 🔟		
	DATOS DE LA E	NPRESA DONDE E	L TRABAJADOR EJECUTA SI	J LABOR
RUCI		RAZÓN EOCEAL:		•
CERA				ER
DEPARTAMENTO:	Seleccione	PROVINCIA:	Seleccione 💌 *	DISTRIFC: -Selectore
TIPO ZONA	Salacciona 💌 •	DESC. ZONA		VIA Salacciona 💌 *
DIRECCION	•	NUMERO		
MANEARA	LOTE	NUMERO P150	INTERJOR	
N. DE TEABAJADORES:	H * F*	TELEFOND:	•	
		DATOS DEL INCI	DENTE PELIGROSO	
FECHA DEL INCIDENTE:		HORA DEL INCIDEN	ть 📃 ни • 📃	HN *
TIPO DE INCIDENTE				
DESCRIPCION DEL INCIDENTE PELIGROSO	Cantidad máxima de caracte	res 255 Caracterer	er 0	
			*	
	Vista Pr	evia Gr	abar Cancelar	

Nota: Todos los campos del formulario que poseen un asterisco rojo (*) son datos que se deben ingresar obligatoriamente. Asegúrese, previamente, de tener esos datos.

Ingresando los datos del empleador (sección 1)

En esta sección deben ingresarse todos los datos correspondientes al empleador para quien labora el trabajador afectado.

	-		DATOS DEI	EMPLEADOR		
RUCI		•	RAZÓN SOCIAL:			•
CIEU1					ER	
DEPARTAMENTO	Seleccione	•	PROVINCIA	Seleccione 🔝 *	DISTRITO	Seleccione - 🔛 *
TIPO ZONA	telecciene	•	DESC. ZONA		VIA	Seleccione 🖂 *
ORECCION	•		NUMERO			
HANZANA	LOTE		NUMERO P150	INTERIOR		
N. DE TRABAJADORES	•*	* F	TELEFONO	•	CORREO	
INDEQUE ST EL ACCIDENTE OG	UREIO EN UNA SUCUR	ISAL DE SU E	MPRESA			

Tabla de descripción de campos

RUC (11 dígitos) (*)	Registro Único del Contribuyente (Empresa del emplea- dor). Se validará el ingreso. Si se ingresa un número erra- do se visualizará un mensaje de error.
Razón Social (*)	Nombre completo de la empresa para la cual labora el trabajador. Se obtiene automáticamente luego de in- gresar el RUC.
CIIU (4 dígitos)	Clasificación internacional industrial uniforme de todas las actividades económicas. Código que se asigna a la actividad económica que realiza la empresa. Se obtiene automáticamente luego de ingresar el RUC.
ER (1 dígito)	Empresa de alto riesgo. Es el código adicional que se le asigna al Código de Actividad Económica (CIIU). Su co- dificación es a (1) dígito. (Vea el Clasificador de Activida- des de Alto Riesgo).
Departamento (*)	Departamento donde se ubica la empresa.
Provincia (*)	Provincia donde se ubica la empresa.
Distrito (*)	Distrito donde se ubica la empresa. Nota: seleccionar correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).
Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se encuen- tra la empresa: urbanización, zona industrial, asenta- miento humano, etc.
Desc. Zona (*)	Nombre de la zona donde se ubica la empresa.
Vía (*)	Tipo de vía donde se ubica la empresa: calle, avenida, jirón, etc.

Dirección (*), número, man- zana, lote, número de piso e interior.	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los otros datos de la dirección donde está ubicada la em- presa.
Nº de trabajadores M y F (*)	Está referido al número de trabajadores que tiene la em- presa por lo que se deberá registrar de manera precisa el número de trabajadores, desagregándolo por sexo. Masculino (M) y Femenino (F).
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Conside- rando los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional
Correo	Correo electrónico de contacto.
Indique si el accidente ocurrió en una sucursal de su empresa.	Seleccione esta opción si el accidente ocurrió en una sucursal o local distinto al principal donde se encuentra ubicada la empresa del empleador.

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

	-	DATOS DEL EMP	LEADOR	
RUC:	20602895665	RAZÓN SOCIAL:	AGROINDUSTRIA S VALLES DI	EL PERU S.A.
CIEU1	ACROINDUSTRIA S VALLES DEL PER	USA		ER
DEPARTAMENTO	UMA 🖸 🕨	PROVINCIA: UMA		DESTRETO: JESÚS MARÍA 🔄 *
TIPO ZONA	SIN ZONA	DESC. ZONA		VIA 🗌 🖸
ORECCION	AV. ARINALES	NUMERO 1147		
HANZANA	LOTE	NUMERO P150	INTERIOR	
N. DE TRABAJADORES	120 M 50 F	TELEFONO: 001-7	854431	COREO contacto@vallesdelperu.com.
INDIQUE ST EL ACCIDENTE OG	UREID EN UNA SUCURSAL DE SU E	MPRESA		

Ingresando los datos de la empresa donde el trabajador ejecuta su labor (sección 2)

En esta sección deben ingresarse todos los datos de la empresa donde se ha presentado el incidente peligroso. Es decir, si el trabajador fue afectado cumpliendo labores o servicios en una empresa distinta a la cual lo emplea, se debe informar los datos de esa empresa. Si el trabajador fue afectado en la misma empresa de su empleador, se registrarán los mismos datos de la sección 1.

	DATOS	DE LA E	MPRESA DONDE	EL TRABAJADOR EJECU	TA SU L	ABOR	
RUG.			HAZÓN SOCEAL	1			
CIIV	1					- n [
DEPARTAMENTO	- Salacoora		PROVINCIAL	-Selectione- 💌		DISTRING	-Selectore- 2
TIPO ZONA	- Seleccore		DESC. ZONA			VIA	- Seleccione - 💌 *
THECCOM		•	MUMERCI			0	
ANZANA	LOTI		NUMERO PISO	INTERIOR	_		
. DE TRABAJADORES	н*		TELEFONO				

Tabla de descripción de campos

RUC (11 dígitos) (*)	Registro Único del Contribuyente (Empresa del emplea- dor). Se validará el ingreso. Si se ingresa un número errado se visualizará un mensaje de error.
Razón Social (*)	Nombre completo de la empresa para la cual labora el tra- bajador. Se obtiene automáticamente luego de ingresar el RUC.
CIIU (4 dígitos)	Clasificación internacional industrial uniforme de todas las actividades económicas. Código que se asigna a la activi- dad económica que realiza la empresa. Se obtiene auto- máticamente luego de ingresar el RUC.
ER (1 dígito)	Empresa de alto riesgo. Es el código adicional que se le asigna al Código de Actividad Económica (CIIU). Su codi- ficación es a (1) dígito. (Vea el Clasificador de Actividades de Alto Riesgo).
Departamento (*)	Departamento donde se ubica la empresa.
Provincia <mark>(*)</mark>	Provincia donde se ubica la empresa.
Distrito (*)	Distrito donde se ubica la empresa. Nota: seleccionar co- rrectamente el departamento, provincia y distrito para de- terminar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).
Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se encuentra la empresa: urbanización, zona industrial, asentamiento humano, etc.
Desc. Zona (*)	Nombre de la zona donde se ubica la empresa.
Vía (*)	Tipo de vía donde se ubica la empresa: calle, avenida, jirón, etc.
Dirección (*), número, man- zana, lote, número de piso e interior.	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los otros datos de la dirección donde está ubicada la empresa.
№ de trabajadores M y F (*)	Está referido al número de trabajadores que tiene la em- presa por lo que se deberá registrar de manera precisa el número de trabajadores, desagregándolo por sexo. Mas- culino (M) y Femenino (F).
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Consideran- do los códigos (3 dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

RUEL	20602895665		RAZÓN SOCIAL	AGRO	NDUSTRIA S V	ALLES DEL PERI	A.P.U		
CIIUi	ELABORACIÓN DE	RUTAS, LEGUR	ABRES Y HORTALIZA	8		- 11	-		
DEPARTAMENTO	UMA		PROVINCIAL	UMA 🔳	•	DISTRITO:		JESÚS MARÍA	•
TIPO ZONA	SIN ZONA		DESC. ZONA			* VEA		AVENIDA	
DERECCEDIN	AV. ARENALIS	ST	* NUMERO	1147	1000				
HARZANA	LOTI		NUMERO PISO	INTER	IOR				
. DE TRABAJADORES	120 +**	50	TELEFONO	001-7854431 *					

Ingresando los datos del incidente peligroso (sección 3)

En esta sección deben ingresarse todos los datos relacionados con el incidente peligroso, incluyendo, una breve descripción del mismo.

	DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO
FECHA DEL INCIDENTE:	HR * HORA DEL INCIDENTE: HR * HR *
TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO:	Selectione
OESCRIPCION DEL INCIDENTE PELIGROSO	Cantidad máxima de caracteres 255 Caracteres 0

Tabla de descripción de campos

Fecha del incidente: (*)	Registre la fecha en que ocurrió el incidente. Formato: día/mes/año (Ejemplo: 27/10/2010)
Hora del incidente: (*)	Registre la hora del accidente. Formato de 24 horas. (Ejemplo: 13 horas y 45 minutos)
Tipo de incidente peligroso: (*)	Seleccione la descripción que más se ajusta al incidente ocurrido. Vea la Tabla 7 del Anexo.
Descripción del incidente peligroso: (*)	Describa el incidente ocurrido. Identifique especialmen- te los elementos implicados en el incidente y personas involucradas. Sólo tiene 255 caracteres para narrar el in- cidente.

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

		DATOS DEL INCIDEN	TE PELI	GR050			
FECHA DEL INCIDENTE	10/10/2030 . HORA DEL INCIDENTE: 15 HH * 30 HH *						
TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO:	DERRUMBE DE UNA CONS	TRUCCIÓN					
DESCRIPCION DEL	Cantidad máxima de caracteres 255 Caracteres: ⁰						
A LAS 15:30 HORAS SE PROC PLANTA BAIA DE LA CONSTR AFORTUNADAMENTE NING	UIO LA CÁDA DE UNA RUMA I UCOÓN DE UN EDIFICIO DE 13 ÚN COREFO RESULTO HERIDO.	DE LADRILLOS UBICADOS EN LA PISOS.	1				

Finalizando el registro del incidente peligroso

Luego de completar cada una de las tres secciones del formulario, observaremos, al final del formulario, tres (3) botones que representan las acciones finales que podremos ejecutar.

Vista Previa	Grabar	Cancelar
	STATISTICS IN	100 C 100

La vista previa

Si deseamos ver una vista previa del formulario que vamos a declarar, presionamos el botón Vista Previa. A continuación, el sistema nos mostrará una ventana nueva donde será visualizado el formulario en formato Adobe PDF. Este formulario podemos guardarlo en nuestra computadora o imprimirlo. Recomendamos hacer una vista previa antes de grabar el registro.

REPORTE DE INCIDENTE PELLIGROSO (Art. 77°) UISTA PRELIMINAR DISTA PRELIMINAR EN CIVERADOR RUC VERAZÓN BOCILL: EDITIBUIDI - QUIMICA RID FARMACEUTICA COMERCIAL S R L. ACTIVIDADE COMUNICA: INDI-CALIAO - CALIAO DISTA DECONOMICA: INDI-CALIAO - CALIAO - CALIAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1268 TELEFONO: EDITESTERI - COLINCA NO FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: INDISTRIAL CALIAO - CALIAO DISTERSA DESURADA SUCIENTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: INDISTRIAL CALIAO - CALIAO POLICIDE DE LA EMPRESA USUARIAL COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: INDISTRIAL CALIAO - CALIAO POLICIDE PENCIPAL: INDUSTRIAL CALIAO - CALIAO CALIAO - CALIAO - CALIAO - CALIAO CALIAO - CALIAO - CALIAO - CALIAO CALIAO - CALIAO - CALIAO - CALIAO POLICIDE PENCIPAL CALIAO - CALIAO - CALIAO CALIAO - CALIAO -	DEPORTE DE L'OLIDENTE PELLECOSO (Art. 77) JUTA PRELIMINAT DATOS DEL EMPLEADOR MILIO PENCIALI I DOTINISTI OLIMICA NO FARIMACEUTICA COMERCIALI S NI. ALTITINIS ECONOMICII I DOTINISTI OLIMICA NO FARIMACEUTICA COMERCIALI S NI. ALTITINIS ECONOMICII I DOTINISTI OLIMICA NO FARIMACEUTICA COMERCIALI S NI. MILIO PENCIALI I DOTINISTI I NUMERIA NO FARIMACEUTICA COMERCIALI S NI. MILIO PENCIALI I DOTINISTI I NUMERIA LALLO AVINDALOS ELEMENTOS 128. MILIONO I DELEMENTES I DOTINISTI I NUMERIA LALLO AVINDALOS ELEMENTOS 128. MILIONO I DOTINISTI I NUMERIA NO FARIMACEUTICA COMERCIALI S NI. MILIONO I DOTINISTI I NUMERIA NO FARIMACEUTICA COMERCIALI S NI. MILIONO I DOTINISTI I NUMERIA NUMERIA CALLAO AVINDALIOS ELEMENTOS 128. MILIONO I DOTINISTI I NUMERIANA NUMERIA CALLAO AVINDALIOS ELEMENTOS 128. MILIONO I DOTINISTI I NUMERIANA NUMERIAL CALLAO AVINDALIOS ELEMENTOS 128. MILIONO I DOTINISTI I NUMERIANA NUMERIAL CALLAO AVINDALIOS ELEMENTOS 128. MILIONO I DOTINISTI I NUMERIANA NUMERIAL CALLAO AVINDALIOS ELEMENTOS 128. MILIONO I DOTINISTI I NUMERIANA NUMERIAL CALLAO AVINDALIOS ELEMENTOS 128. MILIONO I DE INCLIDENTE PELLORIDO MILIONO E DEL INCLIDENTE PELLORIDO MILIONO INVIDUNENTE PELLORIDO MILIONO INVIDUNENTE PELLORIDO MILIONO INVIDUNENTE PELLORIDO MILIONO INVIDUNENTE PELLORIDO<	PERU de Trabajo Vinomoción del Empleo	a de la companya de la	#:10.88.29
LISTA PRELIMINAR E. DATOS DEL EMPLEADOR MICY RAZÓN BOCIAL: 1000000000000000000000000000000000000	DISTA PRELIMINAR LOATOS DEL ENPLEADOR MERCINAR SOCIAL : 2001033911 - QUINCA NO FARIANCEUTICA COMERCIAL S N.L. ALTITIDA ECONOMICA : 2001033911 - QUINCA NO FARIANCEUTICA COMERCIAL S N.L. MERCINAR 20010137111 - ROUTINAL ACUINTAL ACUINO AUDINAL COLLEDENTOS 1282 DISMIETLIO PRENERATIRA : 2001037111 - ROUTINAL INCUSTRAL CALLO AUDINAL COLLEDENTOS 1282 DISMIETLIO PRENERATIRA : 2001037111 - ROUTINAL INCUSTRAL CALLO AUDINAL COLLEDENTOS 1282 DISMIETLIO PRENERATIRA : 2001037111 - ROUTINAL INCUSTRAL CALLO AUDINAL DO SELEMENTOS 1282 CI DATOS DE LA ENPRESA TOLINAL INCUSTRAL AUDIO REMERCIAL S N.C.P. R.L. MERCINO SECONDER: 2001037101 - QUINCA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S N.L. MERCINO SECONDER: 2001030101 - QUINCA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S N.L. MERCINO SECONDER: 200104301011 - RUINCA RUINCA RUNCA FRANCEUTICA COMERCIAL S N.L. MERCINO SECONDER: 200104030111 - RUINCA RUNCA FRANCEUTICA COMERCIAL S N.L. MERCINO SECONDER: 200104030111 - RUINCA RUNCA FRANCEUTICA COMERCIAL S N.L. MERCINO SECONDER: 200104030111 - RUINCA RUNCA FRANCEUTICA COMERCIAL S N.L. MERCINO SECONDER: 200104000111 - RUINCA RUNCA FRANCEUTICA COMERCIAL S N.L. MERCINO SECONDER: 200104000111 - RUINCA RUNCA FRANCEUTICA COMERCIAL S N.L. MERCINO SECONDE	RE	PORTE DE INCIDENTE PELIGROSO (Art. 77°)	
L. DATOS DEL EMPLEADOR RICCY RAZÓN SOCIAL: 20101032101 - QUIMICA NO FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: 1499 - OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES. N.C.P. EX. VIBICO: CALLAO - CALLAO - CALLAO EX. DOMICTIJO PENNETPAL: 2004. INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1200 TELETONO: 001000000 Nº TRABAJADORES: Nº MOU RECCY RAZÓN SOCIAL: 20101033161 - QUIMICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: 20101033161 - QUIMICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L RECCY RAZÓN SOCIAL: 20101033161 - QUIMICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L RECCY RAZÓN SOCIAL: 20101033161 - QUIMICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L RECCY RAZÓN SOCIAL: 20101033161 - QUIMICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L RECCY RAZÓN SOCIAL: 20101033161 - QUIMICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L RECCY RAZÓN SOCIAL: 20101033161 - QUIMICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L RECCY RAZÓN SOCIAL: 20101033161 - QUIMICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L RECCY RAZÓN SOCIAL: 20101033161 - QUIMICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L DOMICILIO PENNETPAL: 201200000 TILETONO: 201200000 N' TRABALADORES: N' HOM 1105	L. DATOS DEL EMPLEADOR REC V RARÓN SOCIAL : 2001033981 - GUIMAGA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDADE SCONDELCA: 1449 - OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES IN C.F. R R VIELEON CALLAO - CALLAO - CALLAO REC VIELEON R R DIBLETON PRINCIPAL: COMPACIANO CALLAO ACTIVIDADE SEMPRESARIALES IN C.F. R R DIBLETON D' CONTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES IN C.F. R R N' TRADATADORES: M' MIU 20 CORREC: guimoc@guimfar.met D. DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejeceta las labora) R R R RC V RARÓN SOCIAL : SOLIBISSINI: OLUMICA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDADE EXONOMICA: Y BAGA OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES IN C.F. R R USEGO: COALLAO - CALLAO - CALLAO DUMICILIO FERICIPAL : EXOLAD - CALLAO ACTIVIDADE ELEMENTOS 1258 ILUSO: COALLAO - CALLAO CALLAO - CALLAO DUMICILIO FERICIPAL : EXOLAD INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALMO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 ILUSO: COALLAO - CALLAO MUNE 20 III. III. III. IDIDIDIDIDIDIDIDIDIDIDIDIDIDIDIDIDIDID		VISTA PRELIMINAR	
Import V RAZÓN DECLEMINELADOR. REC V RAZÓN DECLEMIELENDOR. REC V RAZÓN SOCIAL : [2010183141 - QUINICA RED FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: [1499 - OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES. N.C.P. VENGEO : CALLAO - CALLAO - CALLAO DOMICTIJO PENCIPAL : 2004. INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1250 TELEFONO : 001200000 Nº TRABAJADORES : Nº MOM @0 Nº TRABAJADORES : Nº MOM @0 REC V RAZÓN SOCIAL : 20101835161 - GUINICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: [1400 - CALLAO - CALLAO - CALLAO DOMICTIJO PENCIPAL : 20101835161 - GUINICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L REC V RAZÓN SOCIAL : [20101835161 - GUINICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICIA: [1400 - CALLAO - CALLAO - CALLAO DOMICTIJO PENCIPAL : [20101835161 - GUINICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L REC V RAZÓN SOCIAL : [20101835161 - GUINICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L REC V RAZÓN SOCIAL : [20101835161 - GUINICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L REGEO : CALLAO - CALLAO - CALLAO - CALLAO DOMICTIJO PENCIPAL : [2010183161 - GUINICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L DOMICTIJO PENCIPAL : [2010183161 - GUINICA ND FARMAC	In this delet estimate endowed Interviewed	L DATOS DEL EXCHENN	10F	
ACTIVIDAD ECONOMICA: [MERP - OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES.INC.P. EX.] TELEFONO: CALLAO - CALLAO - CALLAO - CALLAO DOMICILIO FRINCIPAL: 2004. INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1250 TELEFONO: CONSEGE N° TRABAJADORES: N° BOM 40 N° MUV 20 CORREO: guinico@guinfar.net IL- DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (doude ejecuta las labores) RUC V RAZÓN SOCIAL: 20101833181 - GUINICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: [MEU: OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES.INC.P. IK.] UBGEO: CALLAO - CALLAO - CALLAO - CALLAO DOMICILIO FRENCIPAL: 20101833181 - GUINICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: [MEU: OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES.INC.P. IK.] UBGEO: CALLAO - CALLAO - CALLAO - CALLAO DOMICILIO FRENCIPAL: 20101833181 - GUINICA ND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L IL- DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO III- FECHA Y HORA DEL ACCEMENTE DE TRABADO	ACTIVIDADE ECONOMICAL: [MEN-OTRAS ACTIVIDADES DEMPRESARIALES IN C.P. IR ACTIVIDADE ECONOMICAL: [MEN-OTRAS ACTIVIDADES DEMPRESARIALES IN C.P. IR UBICEO: [CALLAO-CALLAO-CALLAO DOMICILIO PRENCEPAL: [2004 INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENIDA LOS ELEMENTOS 1258 ILEIFONO: [20020000] N° TRABALADDRES: N° HOM @ N° MUJ 20 CORREO: [guintos@guintar.met IL-DATOS DE LA EMPRESAL USULARIA (deade ejecets las labores) RCC V RAZIÓN SOCIAL: [20101835161-OUMICA IND FARMACEUTICAL COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: [7493] OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES. N.C.P. IR UBICEO: [CALLAO-CALLAO DOMICILIO PRENCEPAL: [20101835161-OUMICA IND FARMACEUTICAL COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: [7493] OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES. N.C.P. IR UBICEO: [CALLAO-CALLAO DOMICILIO PRENCEPAL: [20101835161-OUMICA IND FARMACEUTICAL COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: [7493] OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES. N.C.P. IR UBICEO: [CALLAO-CALLAO DOMICILIO PRENCEPAL: [20101805161-OUMICA IND FARMACEUTICAL COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: [7493] OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES. N.C.P. IR UBICEO: [CALLAO-CALLAO DOMICILIO PRENCEPAL: [20101805161-OUMICA IND FARMACEUTICAL COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: [7493] OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES. N.C.P. IR UBICEO: [CALLAO-CALLAO DOMICILIO PRENCEPAL: [20101805161-OUMICA IND FARMACEUTICAL COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: [7493] OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES. N.C.P. IR UBICEDO: [CALLAO-CALLAO DOMICILIO PRENCEPAL: [20101805161, INDUSTRIAL INDUSTRIAL INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 IIL DATOS DEL INCIDENTE [ELIGNOSO] IN TRABAJADORESS: N° HOM 90 N° MUJ 20 IIL- DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO IS- TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O DRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO INDUSTRION DEL INCIDENTE [ELIGNOSO] UDA VINUA DE ESCAPE DE UN GAS TOXICO O DRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO INDUSTRION DEL INCIDENTE [UDITADE ACTIVIDADE ESCAPE DE UN GAS TOXICO O DRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO INDUSTRION DEL INCIDENTE [UDITADENTE] [UDITADE AL ESCAPE DE UN GAS TOXICO	BY VELIX CAPILI	2010/2010/01 - OLIMICA IND EADMACEUTICA COMERCIAL S R I	
THILDS FOR SOUTH CONSTRUCTION CALLAGE CONCERNENTS FR THILDS FOR CALLAGE CALLAGE CONCERNENTS THILDS FOR CALLAGE CALLAGE CALLAGE AVENDAL LOS ELEMENTOS 1256 THILETONO : 001200000 N° TRABALADORES : N° MON 40 N° TRABALADORES : N° MON 40 <t< td=""><td>INTERDE VERSIONALITY INTERDE VERSIONALITY INTERDE VERSIONALITY INTERDE VERSIONALITY ZONA INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 INTERIONO: INTERIONALITY IL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecets las labores) RUC V RAZÓN SOCIALI INTERIONALITY ZONARIALINDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 IL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecets las labores) RUC V RAZÓN SOCIALI INTERIO CONTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES, N.C.P. USIGEO: CALLAO - CALLAO - CALLAO USIGEO: CALAO - CALLAO - CALLAO DOMICILIO PENCIPALI ZONA INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 TILLEFONO: INTERIORIZATIONES EMPRESARIALES, N.C.P. INTRUE VENCIPALI ZONA INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 TILLEFONO: INTERIORIZATIONES EMPRESARIALES, N.C.P. IL-DATOS DEL INCIDENTE PELLIGROSO Nº MUZ 20 IL-DATOS DEL INCIDENTE DELIGROSO IL-TECHA Y HORA DEL ACCIDENTE DELIGROSO IA: TITO DE INCIDENTE DELIGROSO ESCRIPCION DEL INCIDENTE INDUXIDA DE SUBJECTIO ESCAPE DE UN GAS TONICO O BRITANTE AL AMERINE DE TRABADO IA: DESCRIPCION DEL INCIDENTE UNA VIVA DE ESCRIPCION DEL INCIDENTE</td><td>ACTIVIDAD ECONOMICA :</td><td>1455 - OTRAS ACTIVIDADES EMERESARIA ES N.C.P. TD</td><td></td></t<>	INTERDE VERSIONALITY INTERDE VERSIONALITY INTERDE VERSIONALITY INTERDE VERSIONALITY ZONA INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 INTERIONO: INTERIONALITY IL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecets las labores) RUC V RAZÓN SOCIALI INTERIONALITY ZONARIALINDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 IL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecets las labores) RUC V RAZÓN SOCIALI INTERIO CONTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES, N.C.P. USIGEO: CALLAO - CALLAO - CALLAO USIGEO: CALAO - CALLAO - CALLAO DOMICILIO PENCIPALI ZONA INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 TILLEFONO: INTERIORIZATIONES EMPRESARIALES, N.C.P. INTRUE VENCIPALI ZONA INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 TILLEFONO: INTERIORIZATIONES EMPRESARIALES, N.C.P. IL-DATOS DEL INCIDENTE PELLIGROSO Nº MUZ 20 IL-DATOS DEL INCIDENTE DELIGROSO IL-TECHA Y HORA DEL ACCIDENTE DELIGROSO IA: TITO DE INCIDENTE DELIGROSO ESCRIPCION DEL INCIDENTE INDUXIDA DE SUBJECTIO ESCAPE DE UN GAS TONICO O BRITANTE AL AMERINE DE TRABADO IA: DESCRIPCION DEL INCIDENTE UNA VIVA DE ESCRIPCION DEL INCIDENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA :	1455 - OTRAS ACTIVIDADES EMERESARIA ES N.C.P. TD	
	DOMICILIO PRENETRALI: [2014 INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1256 TELEFONO : [B0120006] N* TRABAJADORES : N* HOM @0 N* MUZ 20 CORREO : [guintos@guintar.net I DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecuta las labores) REC V RAZÓN SOCIAL : [20101833161 - QUINCA NO FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA : [2020. OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARULES, N.C.P.] ER UBICEO : [20120000] DOMICILIO PRENEIPAL : [20101833161 - QUINCA NO FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA : [2020. OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARULES, N.C.P.] ER UBICEO : [20120000] DOMICILIO PRENEIPAL : [2014 INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 TELEFONO : [20120000] N* TRABAJADORES : N* HOM @0 N* MUJ 20 III- DATOS DEL INCIDENTE FELICOSO 14. FECHA VHORA DEL ACCIDENTE <u>BOLOGORIO 11105 15. TITO DE INCIDENTE FELICACIÓN ESCAPE DE UN GAS TOXICO O INITIANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO 14. DESCRIPCION DEL INCIDENTE UNA VIVA SE ESSAPE presenti falos de resistencia y protoci</u>	UNICED :	CALLAD - CALLAD - CALLAD	1
TELEFONO: 00120000 N° TRABAJADORES: N° BOM MUU 20 CORRECO: BULLOS DE LA EMERESA USUARIA (donde ejecuis las labores) RUC V RADON SOCIAL: 20101633145 - GUIMICA NO FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: (7400 - OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES, N.C.P. ERCE V RADON SOCIAL: 20101633145 - GUIMICA NO FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: (7400 - OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES, N.C.P. ERCEO: CALLAO - CALLAO DOMICILIO PRENCIPAL: 201203000 N° TRABAJADORES: N° HOM N° TRABAJADORES: N° HOM MUU 20 III DATOS DE LINCIDENTE PELIGROSO 14 FECHA Y HORA DEL ACCEMENTE 00020200 14 FICHA Y HORA DEL ACCEMENTE 00020200 15 TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO ESCAFE DE UN GAS TOXOCO O RIVITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO	TELEFOND: Exclusion N* TRABAJADORES: N* MOM 40 N* MUV 20 CORRED: gummoo@gummar met H DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (doode sjocuts las labores) RUC V RAZÓN SOCIAL: 20101833141 - OLIMICA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: 2040101833141 - OLIMICA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: 204010183141 - OLIMICA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: 204010183141 - OLIMICA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: 204010187141, INCUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1208 THALAFADORES: N* HOM 40 N* MUV 20 IL- DATOS DEL INCIDENTE FELIGROSO 1105 1105 1105 14- FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE 200202010 1105 1105 13- TIPO DE INCIDENTE FELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O RRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO 1105 14- DESCRIPCION BEL INCIDENTE Una vinua de risage presenti falsa de resomena y promoti 1102 Vinua de risage presenti falsa de resomena y promoti	DOMICILIO PRINCIPAL	ZONA INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAG AVENIDALIOS ELEMENTOS 1050	ĩ
N' TRABAJADORES: N' HOM 40 N' MUI 20 CORRECT: guimos@guimfar.net II DATOS DE LA EMERESA USUARIA (deade ejecuta las labores) RUC V RAJÓN SOCIAL : 20101833181 - QUINCA NO FARMADEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: 2040. OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARALES, N.C.P. ER UBIGEO: CALLAO - CALLAO - CALLAO - CALLAO DOMICILIO PRIMICIPAL: 2040. NOUSTRINA, INSUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1208 TELEFONO: 201020000 N' TRABAJADORES: N' HOM 40 N' MUI 20 III DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO 14 FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE 00002010 11:00 15 TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O ORITANTE AL AMBENTE DE TRABAJO	N° TRABAJADORES: N° HOM 40 N° MUJ 20 CORREC: gumco@gumfar.net IL-DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (doede sjevets is: isberet) RUC V RAIDÓN SOCIAL: SOLORISSIO: GUMCA HOJ PARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA: V400: OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARALES.N.C.P UBICEO: CALLAO-CALLAO-CALLAO DOMICILIO PRENCIPAL: 2004 INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 TILLOTONO: 20120000 IN- TRABAJADORES: N° HOM 40 N° MUJ 20 IIL-DATOS DEL INCIDENTE PELICROSO III- DATOS DEL INCIDENTE PELICROSO IS- TIPO DEL INCIDENTE PELICROSO IS- TIPO DEL INCIDENTE PELICROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O IRRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO IA-DESCRIPCION BEL INCIDENTE UNA VINUA DE RESARD presenti Salas de ressancia y provedi	TELEFONO :		1
IL - DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (deade ejecute las labores) RUC V RAZÓN SOCIAL : 20101833161 - QUINCA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD ECONOMICA : [7403 - OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES, IN C.P. IR UBICEO : CALLAO - CALLAO - CALLAO - CALLAO DOMICILIO PENNITAL : [201018781AL, INDUSTRIAL CALLAO AVENDA LOS ELEMENTOS 1288 TELEFONO : 20120008 Nº TEARBAIADORES : Nº BOM 40 Nº MUZ 20 III - DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO I4 - FECHA Y BORA DEL ACCEDENTE 00002010 11:05 I5 - TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O BRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO	H DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (doado ejecuta las labores) RUC V RAZÓN SOCIAL: 2010183341 - OUMICA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L ACTIVIDAD E CONOMICA: 7460 - ORAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES, N.C.P. FR. UBICEO: CALLAO - CALLAO - CALLAO - AVENDA LOS ELEMENTOS 1258 TELEFONO: 20120000 Nº TRABAJADORES: Nº HOM 40 Nº MUZ 20 ILI-DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO I4- PECHA Y HORA DEL ACCIDENTE 00092010 11:05 I3- TITO DE INCIDENTE PELIGROSO I4- DESCRIPCION DEL INCIDENTE UNA VÁVAIA de risage presenti falia, de ressencia y privioi	Nº TRABAJADORES :	N" HOM 40 N" MUJ 20 CORRECT: animicrofracimity net	1
III DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO II FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE OSOBO2010 11:00 IS TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O BRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO	III- DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO I4- PECHA Y HORA DEL ACCIDENTE DE DOGEZOLO 11:05 I3- TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O PRIMANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO I4- DESCRIPCION DEL INCIDENTE Una vánula de escape presenti falas de resobreda y prvisoi	UBIGEO : DOMICILIO PRINCIPAL : TELEFONO : Nº TRABAJADORES ;	CALLAO - CALLAO ZONA INDUGTRIAL INDUSTRIAL CALLAO S01000000 N° BOM 40 N° MUJ]
14 - FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE 00.002010 11:05 15 - TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O IRRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO	14- FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE 00.092010 11:05 15. TIPO DE INCIDENTE FELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O IRRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO 14- DESCRIPCION DEL INCIDENTE Una válvula de Escape presentó falas de resistencia y provoó	IIL-DATOS DEL INCIDEN	TE PELIGROSO	
15-TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O IRRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO	15- TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O IRRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO 14- DESCRIPCION DEL INCIDENTE Una válvár de resage presentó falas de resolmoia y provoó	14 - FECHA Y HORA DEL ACCED	ENTE 00092010 11:05	
	14. DESCRIPCION DEL INCIDENTE Una vávula de essage presenti falas de resistencia y provoú	15 TIPO DE INCIDENTE PELIGI	ESCAPE DE UN GAS TOXICO O IRRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO	
14. DESCRIPCION DEL INCIDENTE Una válvula de essape presenti fallas de resistencia y provoci		14. DESCRIPCION DEL INCIDEN	Una válvula de essape presenti fallas de resistencia y provoci	

Grabar

Si confiamos en que la información que hemos ingresado al formulario es correcta, procederemos a presionar el botón Grabar y nuestra declaración quedará registrada en el sistema.

Cancelar

Si por alguna razón decidimos no proseguir con la declaración, podemos presionar el botón Cancelar en cualquier momento para detener el proceso. Esta acción automáticamente finalizará nuestra sesión en el SAT.

Importante: luego de grabar una declaración no es posible modificarla, por lo tanto, debemos revisar los datos que estamos registrando en el formulario y asegurarnos de que todo esté correcto.

C. Registrando un aviso de accidente de trabajo (Formulario para los centros de salud: Artículo 76º del D.S. Nº 009-2005-TR)

Para ingresar al formulario de declaración, haga "click" en la opción: **Aviso de accidente de trabajo Artº 76**. (Vea el diagrama de flujos del proceso de notificación en el Anexo 2).



El formulario está dividido en cuatro secciones:

- 1. Datos del empleador
- 2. Datos de la empresa donde el trabajador ejecuta su labor
- 3. Datos del trabajador
- 4. Datos del accidente de trabajo

IMPORTANTE: Los accidentes de trabajo deberán ser notificados al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo hasta el último día hábil del mes siguiente de ocurrido. (Artículo 76° del D.S. N° 009-2005-TR) Sin embargo, si el accidente provoca la muerte del trabajador, se deberá hacer la notificación dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas de producido. (Artículo 83° del D.S. N° 009-2005-TR).

 Ministerio da Trabaja y Pr 	amación del Empleo				PORTA
8 I /	Sistema de	Accidente:	s de Trabajo SAT	-	PERÚ Ministerio de Trabajo y Promoción del E
		ACCIDEN	TE TRABAJO		
Dance obligatories (*)					
and congenities ()					
ANTIDAD DE TRABAJADORES	AFECTADOS 1				
nac.	· · ·	DATOS DE	LEMPLEADOR		
citu.		DEDN BOCINE			
DEPARTAMENTO-	Salassiana	PROVINCIA	-delections-	DISTRITO	-dislanderer
		0/50.2048		_	
TIPO 20NA	deleccione 🔤	•		VIA	Seleccione 📷 *
DIRECCION	•	NUMERO			
HANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERDOR		
N. DE TRABAJADORES	- H - F	FELEFOND-		CORRED	
INDEQUE SE EL ACCIDENTE OC	URADO EN UNA SUCURSAL DE LA E	NPRESA			
	DATOS DE LA ER	IPRESA DONDE I	EL TRABAJADOR EJECUTA S	U LABOR	
RUPCI	•	RAZÓN SOCIALI			•
CIBA				68	
DEPARTAMENTO:	- Seleccione 🔛 *	PROVINCIAL	- Seleccone - 🔛 *	DISTRITO	Seleccione 📊 *
ANDS ONE	- Seleccione - 🔛 •	DESC. ZONA	Ī	VIA	Seleccione 🗔 *
DIRECCION		NUMERO			
MANZARA.	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR		
N. DE TRABAJADORES:	H F	TELEFOND.			
		DATOS DEL	TRABAJADOR		
DNII		APELLIDO PATERN	•	APELLIDO MATERN	•
NOMBRES	•	GENERO:	Seleccione 📖 *		
DEPARTAMENTO:	= Seleccione =	PROVINCIA	-Seleccione- 🕞	DISTRITO	Seleccione 🛄 *
TIPO 20NA	Salarrinna 🔛 *	DESC. ZONA		VTA	falacciona 📖 *
DIRECCION		NUMERO			
MANZANA	LOTE	NUMERO PESO	INTERIOR		
CATEGORIA OCUPACIONALI	- Beleccure -	ASECURADO	8	ESSALUCI	
EPS:	0	EDADI	<u> </u>		
DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO					
ECHA DEL ACCIDENTE:	H .		HORA DEL ACCIDENTE-	нн	MDH *
FORMA DEL ACCEDENTE:	- Selectione				
AGENTE CAUSANTE:	- Seleccione				
CERTIFICACION MED	NCA				
ASISTENCIAL:	•		CENTRO MEDICO ASESTENCIALI		•
FECHA DE INGRESO	I .				
AFECTADO I	= Seleccione =				
NATURALEZA DE LA LESION I	- Seleccione				
CONSECUENCIAS DEI	L ACCIDENTE				
ACCEDENTE LEVE	ACCIDENTE INCARACITA	NTESelecciene-		ACCIDENTE MOR	TAL
WINDOWS FROM WEIGHT			Not compared a compa		

Nota: Todos los campos del formulario que poseen un asterisco rojo (*) son datos que se deben ingresar obligatoriamente. Asegúrese, previamente, de tener esos datos.

Ingresando los datos del empleador (sección 1)

En primer lugar, debe registrarse la cantidad de trabajadores afectados por el accidente. Para ello, digitaremos el número correspondiente en la primera casilla del formulario. Por defecto, el número de trabajadores accidentados es uno (1).

CANTIDAD DE TRABAJADORES AFECTADOS 1

En esta sección deben ingresarse todos los datos correspondientes del empleador para quien labora el trabajador o trabajadores afectados.

		DATOS DEI	EMPLEADOR	
RUC:	•	RAZÓN SOCIAL:		•
CIEU1				ER
DEPARTAMENTO	- Seleccione 🖸 🖸	PROVINCIA	Seleccione 💽 *	DESTRITO: -Seleccione-
TIPO ZONA	falacciona 🖸	DESC. ZONA		VIA Safacciana 💟 *
DIRECTION	•	NUMERO		
MANZANA	LOTE	NUMERO P150	INTERIOR	
N. DE TRABAJADORES	* N * F	TELEFONO	•	CORREO
INDEQUE ST EL ACCIDENTE OG	UREID EN UNA SUCURSAL DE SU E	MPRESA		

Tabla de descripción de campos

RUC (11 dígitos) (*)	Registro Único del Contribuyente (Empresa del em- pleador). Se validará el ingreso. Si se ingresa un nú- mero errado se visualizará un mensaje de error.
Razón Social (*)	Nombre completo de la empresa para la cual labora el trabajador. Se obtiene automáticamente luego de ingresar el RUC.
CIIU (4 dígitos)	Clasificación internacional industrial uniforme de todas las actividades económicas. Código que se asigna a la actividad económica que realiza la em- presa. Se obtiene automáticamente luego de ingre- sar el RUC.
ER (1 dígito)	Empresa de alto riesgo. Es el código adicional que se le asigna al Código de Actividad Económica (CIIU). Su codificación es a (1) dígito. (Vea el Clasificador de Actividades de Alto Riesgo).
Departamento (*)	Departamento donde se ubica la empresa.
Provincia (*)	Provincia donde se ubica la empresa.

Distrito (*)	Distrito donde se ubica la empresa. Nota: selec- cionar correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).
Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se en- cuentra la empresa: urbanización, zona industrial, asentamiento humano, etc.
Desc. Zona (*)	Nombre de la zona donde se ubica la empresa.
Vía (*)	Tipo de vía donde ubica la empresa: calle, avenida, jirón, etc.
Dirección (*), número, manzana, lote, número de piso e interior.	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los otros datos de la dirección donde está ubicada la empresa.
Nº de trabajadores M y F <mark>(*)</mark>	Está referido al número de trabajadores que tiene la empresa por lo que se deberá registrar de manera precisa el número de trabajadores, desagregándolo por sexo. Masculino (M) y Femenino (F).
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Con- siderando los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional
Correo	Correo electrónico de contacto.
Indique si el accidente ocurrió en una sucursal de su empresa.	Seleccione esta opción si el accidente ocurrió en una sucursal o local distinto al principal donde se encuentra ubicada la empresa del empleador.

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

DATOS DEL EMPLEADOR						
RUCI	20602895665	RAZÓN SOCIALI AGROINDUSTRIA S VALLES DO	L PIRU S.A.			
CITU:	AGROINDUSTRIA S VALLES DEL PER	SROINDUSTRIA S VALLES DEL PERU S.A.				
DEPARTAMENTO:	UMA 💌	PROVENCEA: UMA	DISTRITO: JESÚS MARÍA 💌 *			
TIPO ZONA	SIN ZONA.	DESC. ZONA	VIA S			
DORECCION	AV. ARENALES	NUMERO 1147				
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO INTERIOR				
N. DE TRABAJADORESI	120 M 50 F	TELEFONO: 001-7854431	CORREO contacto@vallesdelperu.com.			
INDIQUE ST EL ACCIDENTE CCUERID EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA						

Ingresando los datos de la empresa donde el trabajador ejecuta su labor (sección 2)

En esta sección deben ingresarse todos los datos de la empresa donde el trabajador fue afectado. Es decir, si el trabajador fue afectado cumpliendo labores o servicios en una empresa distinta a la cual lo emplea, se debe informar los datos de esa empresa. Si el trabajador fue afectado en la misma empresa de su empleador, se registrarán los mismos datos de la sección 1.

RUG		RAZÓN SOCIAL			
CLUM				- n [
DEPARTAMENTO	- Seleccore 💌 *	PROVINCEAL	Salacciona 💌 *	DISTRITO:	-Selectore- 💌 *
TIPO ZONA	- Seleccore 💌 *	DESC. ZONA	[* VIA	- Salacciona 💌
DERECCION		* NUMERCI			
HARZANA	LOTI	NUMERO PISO	INTERIOR		
. DE TRABAJADORES	H* F*	TELEFONO			

Tabla de descripción de campos

RUC (11 dígitos) (*)	Registro Único del Contribuyente (Empresa del emplea- dor). Se validará el ingreso. Si se ingresa un número errado se visualizará un mensaje de error.				
Razón Social (*)	Nombre completo de la empresa para la cual labora el tra- bajador. Se obtiene automáticamente luego de ingresar el RUC.				
CIIU (4 dígitos)	Clasificación internacional industrial uniforme de todas las actividades económicas. Código que se asigna a la activi- dad económica que realiza la empresa. Se obtiene auto- máticamente luego de ingresar el RUC.				
ER (1 dígito)	Empresa de alto riesgo. Es el código adicional que se le asigna al Código de Actividad Económica (CIIU). Su codi- ficación es a (1) dígito. (Vea el Clasificador de Actividades de Alto Riesgo).				
Departamento (*)	Departamento donde se ubica la empresa.				
Provincia (*)	Provincia donde se ubica la empresa.				
Distrito (*)	Distrito donde se ubica la empresa. Nota: seleccionar co- rrectamente el departamento, provincia y distrito para de- terminar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).				

Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se encuentra la empresa: urbanización, zona industrial, asentamiento humano, etc.
Desc. Zona (*)	Nombre de la zona donde se ubica la empresa.
Vía (*)	Tipo de vía donde ubica la empresa: calle, avenida, jirón, etc.
Dirección (*), número, man- zana, lote, número de piso e interior.	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los otros datos de la dirección donde está ubicada la empresa.
Nº de trabajadores M y F (*)	Está referido al número de trabajadores que tiene la em- presa por lo que se deberá registrar de manera precisa el número de trabajadores, desagregándolo por sexo. Mas- culino (M) y Femenino (F).
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Consideran- do los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

RUEL	20602895665			RAZÓN SOCIAL		AGROINDUS	TRASW	ULES DE	PERL	15.A	10	
CITA	ELABORACIÓN DE	FRUTAS, LEG	UM	BRES Y HORTALIZA	5				ER.	-	5	
DEPARTAMENTO	UMA		•	PROVINCIAL	UMA			01578	11101		JESÚS MARÍA	• •
TIPO ZONA	SIN 20NA		•	DESC. ZONA				VEA			AVENIDA	
DERECCEDIN	AV. ARENALES			NUMERCI	1147			. e				
HARZANA	LOT			NUMERO PISO		INTERIOR	-					
N. DE TRABAJADORES	120 + *	50		TILEFONO	001-78544	- 11						

Ingresando los datos del trabajador o trabajadores accidentados (sección 3)

En esta sección deben ingresarse todos los datos personales y laborales del trabajador o trabajadores afectados.

DATOS DEL TRABAJADOR						
DNI:	· · ·	APELLIDO PATERNO:	· · ·	APELLIDO MATERNO:	•	
NOMBRES:	•	GENERO:	Seleccione 📖 *			
DEPARTAMENTO	•• Seleccione •• 🔛 •	PROVINCIA: -5	eleccione 🔛 •	DISTRITO	Seleccione 🔐 *	
TIPO ZONA.	Selectore 🔝	DESC. ZONA		VEA	Seleccione 📖 •	
DIRECCION						
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR			
CATEGORIA OCUPACIONALI	- Selectore La	ASEGURADO: 🖾		ESSALUD		
CPS:		EDAD:	•	-		

Tabla de descripción de campos

DNI (8 dígitos) (*)	Registrar el número del documento de identidad (DNI) o carné de extranjería (CE), según corresponda. Si se ingresa un número errado se visualizará un mensaje de error.					
	DNI:	99635556 *				
	NOMBRES:	NO SE ENCONTRÓ LA PERSO *				
	DEPARTAMENTO:	Seleccione 💌 *				
Apellido paterno (*)	Apellido paterno del trabajador accidentado. Esta informa- ción se visualizará automáticamente luego de ingresar co- rrectamente el DNI.					
Apellido materno (*)	Apellido materno del trabajador accidentado. Esta infor- mación se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.					
Nombres (*)	Nombres completos del trabajador afectado. Esta informa- ción se visualizará automáticamente luego de ingresar co- rrectamente el DNI.					
Género <mark>(*)</mark>	Género del accidentado. Masculino o Femenino.					
Departamento (*)	Departamento del domicilio del trabajador					
Provincia <mark>(*)</mark>	Provincia del domicilio del trabajador					
Distrito (*)	Distrito donde domicilia el trabajador. Nota: seleccionar correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).					
Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se encuentra el domicilio del trabajador: urbanización, zona industrial, asentamiento humano, etc.					
Desc. Zona <mark>(*)</mark>	Nombre de la zona del domicilio del trabajador.					
Vía (*)	Tipo de vía donde ubica la empresa: calle, avenida, jirón etc.					
Dirección (*), número, manzana, lote, número de piso e interior.	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los otros datos de la dirección donde está ubicada la empresa.					
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Considerando los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la co- bertura a Nivel Nacional.					
Categoría ocupacional (*)	Seleccione la categoría c Tabla 1 del anexo.	ocupacional del trabajador. Vea la				
Asegurado:	Marque la casilla si el trab	oajador está asegurado.				
ESSALUD:	Marque la casilla si el trabajador está afiliado a ESSALUD.					

EPS:	Marque la casilla si el trabajador está afiliado a una Entidad
	Prestadora de Salud (EPS).

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

DATOS DEL TRABAJADOR					
DNI:	07557855	APELLIDO PATERNO:	QUINCHO .	APELLIDO MATERNO:	CONTRERAS
NOMBRES:	JACINTO PEDRO	GENERO:	MASCULINO 🗔 *		
DEPARTAMENTO:	AREQUIPA	PROVINCIA: AR	IQUIPA 🔤 *	DISTRITO	Tiabaya 🔛 *
TIPO ZONA	URBANIZACIÓN 🖂 *	DESC. ZONA CAN	APIÑA DE TABAKA	VEA [CALLE -
DIRECCION	EL HERRAJE	NUMERO 478			
MANZANA	F LOTE 16	NUMERO PISO	INTERIOR		
CATEGORIA OCUPACIONALI	AGRICULTOR	ASEGURADO: 🗉		ESSALUD	
EPS:		EDADI 42	•		

Ingresando los datos del accidente de trabajo (sección 4)

En esta sección deben ingresarse todos los datos relacionados con el accidente de trabajo, teniendo en cuenta especialmente la forma y agente causante del accidente. Esta sección tiene, adicionalmente, dos secciones en las cuales se registran los datos del centro médico donde se atendió al trabajador, así como las características y consecuencias del incidente.

	DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO
FECHA DEL ACCEDENTE:	HORA DEL ACCEDENTE: NH * NH *
FORMA DEL ACCEDENTE:	1 - Seleccione 💌 💌
AGENTE CAUSANTE:	I = Selectore ==
CERTIFICACION MEE	NCA
RUC CENTRO MEDICO ASISTENCIALI	CENTRO HEDICO ASISTENCIAL
FECHA DE INGRESO	
PARTE DEL CUERPO AFECTADO I	Selectione
NATURALIZA DE LA LESTON :	Salarriona
CONSECUENCIAS DEI	LACCIDENTE
ACCEDENTE LEVE	ACCIDENTE INCAPACITANTESeleccione- ACCIDENTE MORTAL
NOMBRE DEL NEDICO	N° COLECIATURA

Tabla de descripción de campos

Fecha del accidente: (*)	Registre la fecha en que ocurrió el accidente. Formato: día/ mes/año (Ejemplo: 27/10/2010)
Hora del accidente: (*)	Registre la hora del accidente. Formato de 24 horas. (Ejem- plo: 13 horas y 45 minutos)
Forma del accidente: (*)	Seleccione la forma en que ocurrió el accidente del trabaja- dor. Vea la Tabla 3 del Anexo.

Agente causante: (*)	Seleccione la causa o el causante del accidente del trabaja- dor. Vea la Tabla 4 del Anexo.			
Sección: Certificación médica				
RUC del centro médico asistencial	Se registra el número del Registro Único de Contribuyente del Centro médico asistencial. Si se ingresa un número erra- do se visualizará un mensaje de error.			
Centro médico asistencial	Se registra el nombre del Centro Médico Asistencial Público, Privado, Militar, Policial, de Seguridad Social y/o Servicios de Salud Ocupacional donde el trabajador accidentado es atendido por primera vez luego de ocurrido el accidente de trabajo.			
Fecha de ingreso	Se registra el día, mes y año de ingreso al Centro Médico Asistencial y/o Servicio de Salud Ocupacional, luego de ocu- rrido el accidente de trabajo. Formato: día/mes/año (Ejem- plo: 27/10/2010).			
Parte del cuerpo afectado	Se registra la descripción de la parte del cuerpo afectada del trabajador, según corresponda. Ver tabla Nº 05 del Anexo			
Naturaleza de la lesión	Se registra la descripción de la causa o naturaleza de la le- sión. Ver tabla Nº o6 del Anexo.			
Sección: Consecuencias del	accidente			
Accidente leve	Marcar cuando el suceso cuya lesión, resultado de la evalua- ción médica, genera en el accidentado un descanso breve con retorno máximo al día siguiente a sus labores habitua- les.			
Accidente incapacitante	Suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, da lugar a descanso, ausencia justificada al trabajo y tratamien- to. Según el grado de incanacidad los accidentes de trabajo			
	 Degon el grado de incupaciona los accidences de trabajo pueden ser: TOTAL TEMPORAL Cuando la lesión genera en el accidentado la imposibilidad de utilizar su organismo; da lugar a tratamiento médico al término del cual estará en capacidad de volver a las labores habituales plenamente recuperado. PARCIAL PERMANENTE Cuando la lesión genera la pérdida parcial de un miembro u órgano o de las funciones del mismo. TOTAL PERMANENTE Cuando la lesión genera la pérdida anatómica o funcional total de un miembro u órgano; o de las funciones del mismo. Se considera a partir de la pérdida de ledo meñique. 			

Accidente mortal	Suceso cuyas lesiones producen la muerte del trabajador.
Nombre del médico	Se registran los apellidos paterno, materno seguidos de los nombres del médico tratante.
Nº de colegiatura	Se registra el número de colegiatura del médico que atendió el caso.

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

	DATOS DEL ACC	IDENTE DE TRABAJO		
FECHA DEL ACCIDENTE	21/33/2010	HORA DEL ACCIDENTE: 09	834 20 MM	
FORMA DEL ACCEDENTE:	ATROPELLANIENTO POR VEHICULOS			
AGENTE CAUSANTE	VEHICULDS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN GENERAL			
CERTIFICACION MED	DICA			
RUC CENTRO MEDICO ASESTENCIAL:	20484545568	CENTRO MEDICO ASISTENCIALI	CENTRO INTERNACIONAL DE SERVICIOS DE SALUO (
FECHA DE INGRESO	21/15/2010			
PARTE DEL CUERPO AFECTADO I	UBICACIONES MULTIPLES, CONPROMISIO DE DOS O NAS ZONAS AFECTADAS ESPECIFICADAS EN LA TABLA 💌 *			
NATURALEZA DE LA LESION I	EZA DE LA LESSON FRACTURAS			
CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE				
ACCIDENTE LEVE	ACCIDENTE INCAPACITANTE TOTAL TEMP	ORAL 💌	ACCIDENTE MORTAL	
NOMBRE DEL MEDICO	SALVEZ RAMIREZ ENRIQUE	N ⁺ COLEGIATURA	01779	

Finalizando el registro del accidente de trabajo

Luego de completar cada una de las cuatro secciones del formulario, observaremos al final del formulario tres (3) botones que representan las acciones finales que podremos ejecutar.

Vieta Provia	Grahar	Cancela
VISCATTEVIA	orabai	Gancela

La vista previa

Si deseamos ver una vista previa del formulario que vamos a declarar, presionamos el botón Vista Previa. A continuación, el sistema nos mostrará una ventana nueva donde será visualizado el formulario en formato Adobe PDF. Este formulario podemos guardarlo en nuestra computadora o imprimirlo. Recomendamos hacer una vista previa antes de grabar el registro.

PERU Ministeria de Tablaci virenacidad del Co	nglen	Refue (211/2010 Hole: 11/2/11/64
3	EPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO (Art. 76')	
	VISTA PRELIMINAR	
1- DATOS DEL EMPLEA	IOR	
RUC Y RADÓN SOCIAL:	20272346152 - AGRICULTURA TECNICA S.A.	
ACTIVIDAD ECONOMICA :	5121 - VENTA AL POR MAYOR DE MATERIAS PRIMAS	
DOMECTLED PRENCEPAL	FUNDO FUNDO AGRECOLA CARRETERA TELETONO : [M/24512	
UBIGEO :	AREQUPA - AREQUPA - AREQUPA	
Nº TRABAJADORES :	N° BOM 10 Nº MUJ 3 CORRED: ventes@agriet.net	
IL- DATOS DE LA EMPRI	(SA USUARIA (dande sjoeuta las laboret)	
RUC V RADÓN SOCIAL :	20272M9152 - AGRICULTURA TECNICA S.A.	
ACTIVENED ECONOMOCA	S121 - VENTA AL FOR MAYOR DE MATERIAS PRIMAS	
DOMECTERO PRENCEPAL :	FUNDO FUNDO AGRICOLA CARRETERA TELETONO: (H724512	_
UBIGEO :	AREQUPA - AREQUPA - AREQUPA	
Nº TRABAJADORES :	N° BOM TO N° MED 3	
IL- DATOS DEL TRABAJ	ADOR ACCIDENTADO	
DOL/NOMBRE COMPLETO	DBB59522 - RAFAEL EDUARDO MUROY KIKUCHI	
EDAD: 41	GENERO: MASCULINO	
DOMECTLID :	COOPERATIVA DE VIVIENDA CALLE LAS CHIRRACATAS SIS MAI: A LIK 23	
UBBGEO	AREOURA - AREOURA - TIABAYA	
CATEGORIA:	AGROULTOR ASEGURADO: N ESSALUD:	3
125: N		
IV DATOS DEL ACCIDE	NTE DE TRABAJO	
	NYY	
TORMA DEL ACCIDENTE :	ATROPEL AMENTO POR VEHICLE OF	_
AGENTE CAUSANTE -	VEHICLE OS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN GENERAL	4
RUCY NOADRE DEL CENTR	DATENCO DESALUTION AL CENTRO ATENACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD S.R.	=
TECHA DE NGRESO-	16/10/10	
PARTE DEL CUTREO ATECT	NO - LIBCACIONEL MULTIPLES, COMPROMISO DE DOS O MAS 20145	_
NATURALEZA DE LA LEIRO	I IRACTURAS	7
ACCIDENTILINE N	ACCIDENTE INCAPACITANTE FOTAL TEMPORAL ACCIDENTE WORTAL	
NOARRE DEL MEDICO	CALVEZ RAMREZ ENRIQUE Nº COLEGIATURA : D1779	9

Grabar

Si confiamos en que la información que hemos ingresado al formulario es correcta, procederemos a presionar el botón Grabar y nuestra declaración quedará registrada en el sistema.

Cancelar

Si por alguna razón decidimos no proseguir con la declaración, podemos presionar el botón Cancelar en cualquier momento para detener el proceso. Esta acción automáticamente finalizará nuestra sesión en el SAT.

Importante: luego de grabar una declaración no es posible modificarla, por lo tanto, debemos revisar los datos que estamos registrando en el formulario y asegurarnos de que todo esté correcto.

D. Registrando un aviso de enfermedad ocupacional (Formulario para los centros de salud: Artículo 80º del D.S. Nº 009-2005-TR)

Para ingresar al formulario de declaración, haga "click" en la opción: **Aviso de enfermedades ocupacionales Artº 80**. (Vea el diagrama de flujos del proceso de notificación en el Anexo 2).



El formulario está dividido en cuatro secciones:

- 1. Datos del empleador
- 2. Datos de la empresa donde el trabajador ejecuta su labor
- 3. Datos del trabajador
- 4. Datos de la enfermedad ocupacional

IMPORTANTE: Las enfermedades ocupacionales incluidas en la tabla nacional o que se ajustan a la definición legal de estas enfermedades que afecten a cualquier trabajador, independientemente de su situación de empleo, deberán ser notificadas al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y al Ministerio de Salud dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles de conocido el diagnóstico. (Artículo 80º del D.S. Nº 009-2005-TR). Sin embargo, si como consecuencia de la enfermedad ocupacional se produjera la muerte del trabajador, se deberá hacer la notificación dentro del plazo máximo de veinticuatro (24) horas de producido. (Artículo 83º del D.S. Nº 009-2005-TR).

1 🤬 <u>81</u> /	Sistema de	Accidente	s de Trabajo SAT		PERJ Mexicerio de Trabajo y Francisión del D
	EN	FERMEDADES	OCUPACIONALES		
Dates obligatorios (*)		DATOS DE	LEMPLEADOR		
RUC		RAZÓN SOCIALI			•
CERV:				ER	
DEPARTAMENTO	Seleccione 💿 *	PROVINCIA	Seleccione 🖂 *	DISTRITO: -	Selectione 📖 *
TIPO ZONA	- Seleccione - 🔛 •	DESC. ZONA		YIA .	Seleccione - 🔛 *
DIRECTION		NUMERO			
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTEREOR		
N. DE TRABAJADORES	*H *F	TELEFONO:	•	CORRED	
ENDIQUE ST EL ACCEDENTE OC	URRID EN UNA SUCURSAL DE SU	INPRESA			
	DATOS DE LA E	MPRESA DONDE I	L TRABAJADOR EJECUTA SU	LADOR	
MUC:	•	RAZÓN SOCIAL:			•
CELUT				ER	
DEPARTAMENTO	- Seleccione 🔛 *	PROVINCIA	Seleccione Int	DISTRITO:	Seleccione 📖 *
TIPO ZONA	- Seleccione	DESC. ZONA		VIA .	Seleccione 📖 *
DIALOCION		NUMERO			
MANZANA	LOTE	NUMERO PESO	INTERIOR		
N. DE TRABAJADORES:	8 ° P	TELEPONOL	•		
		DATOS DEL	TRABAJADOR		
DNE:		APELLIDO PATERN	o .	APELLIDO MATERNO	•
NOMBRES		GENERO	-Seleccione - C		
DEPARTAMENTO	- Seleccione 🔛 *	PROVINCIA	-Geleccione 🔄 •	DESTRITO.	-Felociene 📄 *
TIPO ZONA	- Seleccione 🔛	PCSC. ZONA		V1A [- Selecciene - 🔝 *
DIRECCION		NUMERO			
MANZANA	LOTE	NUMERO PESO	INTERSOR		
KATEGORIA OCUPACIONALI	- Seleccione - 🕞 *	ASECURADO	8	ESSALUDI	8
195	13	EDADI	· ·		
NUMBER V NATURALEZA DE	DA	TOS DE LA ENFER	MEDAD OCUPACIONAL		
LA ENFCAMEDAD DEUPACIONAL:	·· Delessione ··				
FACTOR RIESGO CAU	SANTE				
PISICOS	QUIRICOS		IDLOGICOS C INCOM	ORICO E	SICO - SOCIAL
ASISTENCIAL			AZON SOCIAL:		
PECHA DE INCRESO:					

Nota: Todos los campos del formulario que poseen un asterisco rojo (*) son datos que se deben ingresar obligatoriamente. Asegúrese, previamente, de tener esos datos.

Ingresando los datos del empleador (sección 1)

En esta sección deben ingresarse todos los datos correspondientes del empleador para quien labora el trabajador afectado.

DATOS DEL ENPLEADOR				
RUCI	•	RAZÓN SOCIAL:		•
CIT P.				EA
DEPARTAMENTO	- Seleccione 😥 •	PROVINCIA	-Seleccione-	DISTRITO: -Seleccione
TIPO 20NA	·· Seleccione ·· 🔍 •	DESC. ZONA		VIA Seleccione 💭 *
DERECCEDN	•	NUMERO		
PANZANA	LOTE	NUMERO P150	INTERIOR	
N. DE TRABAJADORES:	•н •г	TELEFONO:	•	CORREO
INDIQUE BI FLACEDENTE OCURRED EN UNA SUCURSAL DE SU ENFREINA				

Tabla de descripción de campos

RUC (11 dígitos) (*)	Registro Único del Contribuyente (Empresa del emplea- dor). Se validará el ingreso. Si se ingresa un número errado se visualizará un mensaje de error.
Razón Social (*)	Nombre completo de la empresa para la cual labora el tra- bajador. Se obtiene automáticamente luego de ingresar el RUC.
CIIU (4 dígitos)	Clasificación internacional industrial uniforme de todas las actividades económicas. Código que se asigna a la activi- dad económica que realiza la empresa. Se obtiene auto- máticamente luego de ingresar el RUC.
ER (1 dígito)	Empresa de alto riesgo. Es el código adicional que se le asigna al Código de Actividad Económica (CIIU). Su codi- ficación es a (1) dígito. (Vea el Clasificador de Actividades de Alto Riesgo).
Departamento (*)	Departamento donde se ubica la empresa.
Provincia (*)	Provincia donde se ubica la empresa.
Distrito (*)	Distrito donde se ubica la empresa. Nota: seleccionar co- rrectamente el departamento, provincia y distrito para de- terminar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).
Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se encuentra la empresa: urbanización, zona industrial, asentamiento humano, etc.
Desc. Zona (*)	Nombre de la zona donde se ubica la empresa.
Vía <mark>(*)</mark>	Tipo de vía donde se ubica la empresa: calle, avenida, jirón, etc.

Dirección (*), número, man- zana, lote, número de piso e interior.	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los otros datos de la dirección donde está ubicada la empresa.
Nº de trabajadores M y F (*)	Está referido al número de trabajadores que tiene la em- presa por lo que se deberá registrar de manera precisa el número de trabajadores, desagregándolo por sexo. Mas- culino (M) y Femenino (F).
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Consideran- do los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional
Correo	Correo electrónico de contacto.
Indique si el accidente ocurrió en una sucursal de su empresa.	Seleccione esta opción si el accidente ocurrió en una sucur- sal o local distinto al principal donde se encuentra ubicada la empresa del empleador.

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

DATOS DEL EMPLEADOR				
RUC:	20602895665	RAZÓN SOCIAL:	AGROINDUSTRIA S VALLES DE	L PERU S.A.
CIEU1	AGROINDUSTRIA 5 VALLES DEL PERU S.A. ER			
DEPARTAMENTO	UMA 💌	PROVENCEA: UIMA	•	DISTRITO: JESÚS MARÍA 💌 *
TIPO ZONA	SIN ZONA.	DESC. ZONA		VIA S
DORECCION	AV. ARENALES	NUMERO 114	,	
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR	
N. DE TRABAJADORESI	120 M 50 F	TELEFOND: 001-	7854431	CORREO contacto@vallesdelperu.com.

INDEQUE SE EL ACCEDENTE CCUERED EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA

Ingresando los datos de la empresa donde el trabajador ejecuta su labor (sección 2)

En esta sección deben ingresarse todos los datos de la empresa donde el trabajador fue afectado. Es decir, si el trabajador fue afectado cumpliendo labores o servicios en una empresa distinta a la cual lo emplea, se debe informar los datos de esa empresa. Si el trabajador fue afectado en la misma empresa de su empleador, se registrarán los mismos datos de la sección 1.

	DATOS DE LA E	MPRESA DONDE	EL TRABAJADOR EJECUTA SU	LABOR	
RUG		RAZÓN SOCEAL			1
CIIW				- 14 F	
DEPARTAMENTO	- Seleccore 💌 *	PROVINCEA	Selectione 💌 *	DISTRING:	-Selectore- 2
TIPO ZONA	- Seleccore	DESC. ZONA		* VIA	- Salacciona - 💌 •
DERECCION		NUMERCI			
HARZANA	LOTI	NUMERO PISO	INTERIOR		
N. DE TRABAJADORES	H* F*	TELEFONO			

Tabla de descripción de campos

RUC (11 dígitos) (*)	Registro Único del Contribuyente (Empresa del emplea- dor). Se validará el ingreso. Si se ingresa un número errado se visualizará un mensaje de error.			
Razón Social (*)	Nombre completo de la empresa para la cual labora el tra- bajador. Se obtiene automáticamente luego de ingresar el RUC.			
CIIU (4 dígitos)	Clasificación internacional industrial uniforme de todas las actividades económicas. Código que se asigna a la activi- dad económica que realiza la empresa. Se obtiene auto- máticamente luego de ingresar el RUC.			
ER (1 dígito)	Empresa de alto riesgo. Es el código adicional que se le asigna al Código de Actividad Económica (CIIU). Su codi- ficación es a (1) dígito. (Vea el Clasificador de Actividades de Alto Riesgo).			
Departamento <mark>(*)</mark>	Departamento donde se ubica la empresa.			
Provincia <mark>(*)</mark>	Provincia donde se ubica la empresa.			
Distrito (*)	Distrito donde se ubica la empresa. Nota: seleccionar co- rrectamente el departamento, provincia y distrito para de- terminar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).			
Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se encuentra la empresa: urbanización, zona industrial, asentamiento humano, etc.			
Desc. Zona <mark>(*)</mark>	Nombre de la zona donde se ubica la empresa.			
Vía (*)	Tipo de vía donde se ubica la empresa: calle, avenida, jirón, etc.			
Dirección (*), número, man- zana, lote, número de piso e interior.	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los otros datos de la dirección donde está ubicada la empresa.			
Nº de trabajadores M y F (*)	Está referido al número de trabajadores que tiene la em- presa por lo que se deberá registrar de manera precisa el número de trabajadores, desagregándolo por sexo. Mas- culino (M) y Femenino (F).			
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Consideran- do los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional			

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

	DA	TOS DE LA E	MPRESA DOND	E EL TRABAJ	ADOR EJECUTA	4 SU LABO	ε.		
RUGI	20602895665		RAZÓN SOCIAL		AGROINDUSTRU	A S VAILES D	L PERU'S.	A	1.
CLUM	ELABORACION DE	FRUTAS, LEGUM	BRES Y HORTALIZA	8			ы Г	-	
DEPARTAMENTO	UMA		PROVINCIAL	UMA		0151	HEND:	JESÚS MARÍA	•
TIPO ZONA	SIN 20NA		DESC. ZONA			* VEA		AVENIDA	
DERECCION	AV. ARENALES	•	NUMERCI	1147					
HARZANA	LOTI		AUMERO PISO		INTERIOR				
. DE TRABAJADORES	120 # *	50 p.*	TELEFONO	001-78544	*				

Ingresando los datos del trabajador (sección 3)

En esta sección deben ingresarse todos los datos personales y laborales del trabajador afectado.

		DATOS DEL TRA	BAJADOR		
DNI:	•	APELLIDO PATERNO:	· · ·	APELLIDO MATERNO:	•
NOMBRES	•	GENERO:	Seleccione 🗔 *		
DEPARTAMENTO:	•• Seleccione •• 🔛 •	PROVINCIA:Se	eccione ·· 🔛 *	DISTRITO	Seleccione 🔛 📍
TIPO ZONA	Seleccione 🔛 •	DESC. ZONA		VEA	Seleccione 🛄 *
DIRECCION					
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR		
CATEGORIA OCUPACIONALI	Selectione 🗔	ASEGURADO1 🖾		ESSALUD	12
CPS:	21 C	EDADI	•		

Tabla de descripción de campos

DNI (8 dígitos) (*)	Registrar el número del carné de extranjería (CE) un número errado se visu	documento de identidad (DNI) o , según corresponda. Si se ingresa alizará un mensaje de error.				
	DNI:	99635556 *				
	NOMBRES:	NO SE ENCONTRÓ LA PERSO *				
	DEPARTAMENTO:	Seleccione 💌 *				
Apellido paterno (*)	Apellido paterno del trabajador accidentado. Esta informa- ción se visualizará automáticamente luego de ingresar co- rrectamente el DNI.					
Apellido materno (*)	Apellido materno del trabajador accidentado. Esta infor- mación se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.					
Nombres (*)	Nombres completos del trabajador afectado. Esta informa- ción se visualizará automáticamente luego de ingresar co- rrectamente el DNI.					
Género (*)	Sexo del trabajador. Mas	culino o Femenino.				
Departamento <mark>(*)</mark>	Departamento del domic	ilio del trabajador.				

Provincia (*)	Provincia de domicilio del trabajador.
Distrito (*)	Distrito donde domicilia el trabajador. Nota: seleccionar correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar la Ubicación Geográfica (UBIGEO).
Tipo zona (*)	Descripción de la zona urbana o rural donde se encuentra el domicilio del trabajador: urbanización, zona industrial, asentamiento humano, etc.
Desc. Zona <mark>(*)</mark>	Nombre de la zona del domicilio del trabajador.
Vía (*)	Tipo de vía donde se ubica la empresa: calle, avenida, jirón, etc.
Dirección (*), número, manzana, lote, número de piso e interior.	Indique el nombre de la vía, y según corresponda los otros datos de la dirección donde está ubicada la empresa.
Teléfono (*)	Registrar el número telefónico de la empresa. Considerando los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la co- bertura a Nivel Nacional.
Categoría ocupacional (*)	Seleccione la categoría ocupacional del trabajador. Vea la Tabla 1 del anexo.
Asegurado:	Marque la casilla si el trabajador estaba asegurado.
ESSALUD:	Marque la casilla si el trabajador está afiliado a ESSALUD.
EPS:	Marque la casilla si el trabajador está afiliado a una Entidad Prestadora de Salud (EPS).

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

		DATOS DEL TRA	BAJADOR		
DND	20105256	APELLIDO PATERNO:	GALARZA	PELLIDO MATERNO	N HJAMAN *
NOMBRESI	ELV2S SMITH	GENEROI	MASCULINO 💌		
DEPARTAMENTO	PILINA 💽 *	PROVENCEAI	NCABAMBA 💌	DESTRETO	HUAIMAGA 💽 •
ARCS OUT	FUNDO	DESC. ZONA ZON	A ADRECOLA	VIA	CARRETERA
DERECCION	FUNDO HUANCABAMBA	NUMERO 20			
MANZANA	10 LOTE 5	NUMERO PISO	INTERIOR		
CATEGORIA OCUPACIONALI	TICNICO 💌 •	ASEGURADO1		ESSALUDI	N.
LPS:	8	EDADI 28	•		

Ingresando los datos de la enfermedad ocupacional (sección 4)

En esta sección deben ingresarse todos los datos relacionados con la naturaleza de la enfermedad ocupacional que aqueja al trabajador. Asimismo, se debe registrar el factor riesgo causante de la enfermedad junto a los datos del médico que evaluó y diagnosticó el caso.

	DATOS DE LA ENFE	ERNEDAD OCUP	ACIONAL				
NOMERE Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONALI	= Selectione =						
FACTOR RIESGO CAU	SANTE						
F1S1COS	QUEMBCOS E	BIOLOGICOS	ER ER	SONOMICO	1	SICO - SOCIAL	10
RUC CENTRO HEDDOD ASISTENCIALI		RAZON SOCIALI					•
FECHA DE INGRESO							
NOMBRE DEL MEDICO	•	Nº COLEGIATURA					

Tabla de descripción de campos

Nombre y naturaleza de la enfermedad ocupacional: (*)	Descripción o diagnóstico de la enfermedad que el médico tratante señala después de la evaluación hecha al trabaja- dor. Ver tabla 6 del Anexo.
Sección: Factor Riesgo Causar	nte
Factores de Riesgo Causante	 Marcar el factor que corresponda. Físico Químico Biológico Ergonómico Psicosocial Estos factores de Riesgo Causante tienen que ver o están referidos a las condiciones y medio ambiente de trabajo: Aquellos elementos, agentes o factores presentes en el proceso de trabajo que tienen influencia en la generación de riesgos que afectan la seguridad y salud de los trabajadores. Quedan específicamente incluidos en esta definición:
	Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás elementos materiales existen- tes en el centro de trabajo.
	La naturaleza, intensidades, concentraciones o niveles de presencia de los agentes físicos, químicos y biológicos, pre- sentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.

	Los procedimientos, métodos de trabajo, tecnología, esta- blecidos para la utilización o procesamiento de los agentes citados en el apartado anterior, que influyen en la genera- ción de riesgos para los trabajadores. La organización y ordenamiento de las labores, relaciones laborales, incluidos los factores ergonómicos y psicosocia-
	les.
RUC del centro médico asistencial	Se registra el número del Registro Único de Contribuyente del Centro médico asistencial. Si se ingresa un número erra- do se visualizará un mensaje de error.
	RUC CENTRO MEDICO 2000054500 * CENTRE MEDICO ALEITENCEAL DO SE ONONTRO *
Razón social	Se registra el nombre del Centro Médico Asistencial Públi- co, Privado, Militar, Policial, de Seguridad Social y/o Servi- cios de Salud Ocupacional donde el trabajador es diagnos- ticado con la enfermedad ocupacional.
Fecha de ingreso	Se registra el día, mes y año de ingreso al Centro Médico Asistencial y/o Servicio de Salud Ocupacional, donde se diagnostica la enfermedad ocupacional. Formato: día/mes/ año (Ejemplo: 27/10/2010).
Nombre del médico	Se registra el apellido paterno, apellido materno seguido de los nombres del Médico tratante.
Nº de colegiatura	Se registra el número de colegiatura del médico que aten- dió el caso.

(*) Este campo se debe ingresar de forma obligatoria.

Vea el ejemplo:

	DATOS DE LA ENFI	ERMEDAD OCUP	ACIONAL	
NOMBRE Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL:	ASMA PROFESIONAL CAUSADA POR AGENTES SESIBILIZ	ANTES O IRRITANTES	5	
FACTOR RIESGO CAU	SANTE			
FISICOS 📃	QUIMICOS 🗹	BIOLOGICOS	🗹 ERGONOMICO 🖾 SICO - SOCIAL 🖾	
RUC CENTRO MEDICO ASISTENCIALI	20393215560	RAZON SOCIAL:	CENTRO INFORCO TODO SALUD S.R.L.	•
FECHA DE INGRESO:	23/09/2050			
NOMBRE DEL MEDICO	DEL RIO GONZALEZ MANUEL	N ⁺ COLEGIATURA	0365625	

Finalizando el registro de la enfermedad ocupacional

Luego de completar cada una de las cuatro secciones del formulario, observaremos, al final del formulario, tres (3) botones que representan las acciones finales que podremos ejecutar.

Vista Previa	Grabar	Cancelar

La vista previa

Si deseamos ver una vista previa del formulario que vamos a declarar, presionamos el botón Vista Previa. A continuación, el sistema nos mostrará una ventana nueva donde será visualizado el formulario en formato Adobe PDF. Este formulario podemos guardarlo en nuestra computadora o imprimirlo. Recomendamos hacer una vista previa antes de grabar el registro.

PERÚ Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	Fecha :12/11/2010 Hora : 12:08:56 PM
REPORTE DE ENFERMEDADES RELACIONADAS AL TRABAJO(Art. 80	°)
VISTA PRELIMINAR	
I DATOS DEL EMPLEADOR	
RUC Y RAZÓN SOCIAL : 20487019859 - CONTRATISTAS CONSTRUCCIONES Y SERVICIOS E.I.	
ACTIVIDAD ECONOMICA : 45201 - CONSTRUCCION DE EDIFICIOS COMPLETOS O DE PARTES ER	
UBIGEO : JUNIN - CHANCHAMAYO - CHANCHAMAYO	
DOMICILIO PRINCIPAL : FUNDO ZONA CAFETERA CARRETERA LOS CAFETEROS 263 Maz. K Lot. 25	
TELEFONO : 64752569	
N° TRABAJADORES : N° HOM 10 N° MUJ 2 CORREO : recursoshh@contra.com	
IL- DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (donde ejecuta las labores)	
RUC Y RAZÓN SOCIAL : 20487019859 - CONTRATISTAS CONSTRUCCIONES Y SERVICIOS E.I.R.	
ACTIVIDAD ECONOMICA : 45201 - CONSTRUCCION DE EDIFICIOS COMPLETOS O DE PARTES ER 1	
UBIGEO : JUNIN - JUNIN - ULCUMAYO	
DOMICILIO PRINCIPAL : COOPERATIVA ZONA CAFETERA CALLE LA FRONTERA 12 Maz. U Lot. 1 Num. Piso 2	
TELEFONO : 64895252	
N° TRABAJADORES : N° HOM 5 N° MUJ 0	
III DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO	
DNI / NOMBRE COMPLETO : 20105256 - FLVIS SMITH GALARZA HUAMAN	
EDAD : 28 GENERO : MASCULINO	
UBIGEO : JUNIN - CHANCHAMAYO - SAN RAMON	
DOMICILIO : FUNDO FUNDO SAN RAMONCITO PLAZA PLAZA SAN CAMILO 256 Maz. B Lot. 1	
CATEGORIA : TECNICO ASEGURADO : N ESSALUD :	S
EPS: N	
IV DATOS DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD : ENFERMEDADES PROVOCADAS POR POSTURAS FORZADAS Y MOVIMIENT	DS
FACTOR DE RIESGO CAUSANTE : FISICOS QUIMICO N BIOLOGICO N ERGONOMIC N SICO -	N
RUC Y RAZÓN SOCIAL DEL CENTRO : 20393215560 - CENTRO MEDICO TODO SALUD S.R.L.	
FECHA DE INGRESO : 23/09/2010	
NOMBRE DEL MEDICO : DEL RIO GONZALEZ MANUEL Nº COLEGIATURA : 0385825]

Grabar

Si confiamos en que la información que hemos ingresado al formulario es correcta, procederemos a presionar el botón Grabar y nuestra declaración quedará registrada en el sistema.

Cancelar

Si por alguna razón decidimos no proseguir con la declaración, podemos presionar el botón Cancelar en cualquier momento para detener el proceso. Esta acción automáticamente finalizará nuestra sesión en el SAT.

Importante: luego de grabar una declaración no es posible modificarla, por lo tanto, debemos revisar los datos que estamos registrando en el formulario y asegurarnos de que todo esté correcto.

Reimprimiendo el voucher de una declaración

El SAT tiene, además, una función que permite reimprimir el voucher o comprobante de una declaración hecha anteriormente.

Para realizarlo, en el Menú Principal del Sistema se debe seleccionar la opción Reimprimir Voucher.



A continuación, se visualizará un formulario con el cual ubicaremos la declaración que deseamos imprimir.

City/deca							ALC: NO. OF CONCERNMENT
	integraph per la contra particularia	and the second second second	les :		• 8 4 ×	D fer	P
Connell + States	ciener						
🛊 Fareibus 🛛 🏫 🍎 Scen	copeldor, • gr) Generadorma	Des .					
C *Ministerie de Trebeje y Pr	emession and Limplies *				8-0-0e	· Elgina · Segurid	al • Heraniarijat • 😣 •
🕅 🔐 - Ministeric de	Trabajo y Promission de	i Emples +					RORTAL
	Sis	tema de Acci	dentes de	Trabajo	SAT	👷 PERÚ	Affectante de Trabalo y Promoción del Empleo
	u	STADO DE AVIS	SOS DE ACC	IDENTES D	E TRABAJO		
Datus alifigateries (*)							
		E	DATOS DEL EMP	LEADOR			
FECHA INILIO	- MERCENAR -	FECHA FIN		23			
			CENT				
			tinger iten incontrad				
			1				
tind pr		141	the die Kaspetres				bergebene

Para ubicar la declaración, primero se debe seleccionar el Tipo de Aviso declarado:

	LISTADO DE
Datos obligatorios (*)	í.
TIPO DE AVISO	ACCIDENTE DE TRABAJO

Luego, se debe ingresar la fecha o el rango de fechas en medio del cual debe estar el registro o los registros que serán impresos. Ingresar ambas fechas utilizando el calendario ubicado en las opciones **Fecha Inicio** y **Fe-cha Fin**.

8	🏉 Calendario - Windows Internet 🛄 💷 💻 🍋						
	🥖 about:blank 🛛 😣						
ſ	0	Octub	re 20	10		<u>Ho</u>	У 🜔
	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
l	27	28	29	30	1	2	3
l	4	5	6	7	8	9	10
l	11	12	13	14	15	16	17
l	18	19	20	21	22	23	24
l	25	26	27	28	29	30	31
	Mes: Octubre V Año: 2010						
	😔 Internet Modo protegid 🖓 👻 🔍 120% 👻						

Seguidamente, se debe hacer "click" en la opción buscar para visualizar el resultado.

Si existen registros que cumplan los criterios de búsqueda se visualizarán en una lista desde la cual podremos imprimir el voucher.

Codige	Año	Fecha de Registro	Imprimir
01042	2010	01/12/2010	2

PERU Ministerio De Trabajo Vitemesión del E	mpica	Fecha : 10/12/201 Hora : 00:55:18
REPORT	E DE NOTIFICACION DE ACCIDENTE MORTAL (Art. 3	75°)
N° REGISTRO : 01043 ANO : 2010 PRESENTADO POR : null		
L- DATOS DEL EMPLEAD	DR	
RUC Y RAZÓN SOCIAL : ACTIVIDAD ECONOMICA : UBIGEO : DOMICILIO PRINCIPAL :	1000885800 - RIVERA GAVIDIA YURI WALDO [7200 - OTRAS ACTIVIDADES DE INFORMATICA EA LIBURTAD - PACASMAYO - PACASMAYO GRUPO FUNDO PUENTE PUENTE DE PIEDRA	
TELEFONO : N' TRABAJADORES :	121212 N°HOM 1 N°MUJ 1 CORREO:	
IL- DATOS DE LA EMPRE	A USUARIA (donde ejecuta las labores)	
RUC Y RAZÓN SOCIAL :	10098858850 - RIVERA GAVIDIA YURI WALDO	
ACTIVIDAD ECONOMICA :	7290 - OTRAS ACTIVIDADES DE INFORMATICA	
UBIGEO :	CUSCO + CANAS + PAMPAMARCA	
DOMICILIO PRINCIPAL :	SIN ZONA NO ZONA AVENIDA LOS INCAS 898	
TELEFONO :	454545	
N° TRABAJADORES :	N° HOM 3 N° MUJ 2	
III DATOS DEL TRABAJA	DOR ACCIDENTADO	
DNI / NOMBRE COMPLETO :	07545121 - MARIA ESTHER CASTILLO REVOREDO	
EDAD : 38	GENERO : MASCUUNO	
UBIGEO :	AYACUCHO - LUCANAS - CHIPAO	
DOMICILIO	PUEBLO JOVEN FUNDO PARQUE LAS CASTANAS	
TELEPONO:		
EPS: NO	FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE : 01/12/2010 11:00	
FORMA DEL ACCIDENTE :	ESFUERZOS FISICOS O FALSOS MOVIMENTOS	
AGENTE CAUSANTE :	MUEBLES EN GENERAL	

Si ningún registro coincide con la búsqueda obtendremos un mensaje que nos informará que no existen registros que hayan coincidido.

Ningun item encontrado. O			
Codige	Ale	Fecha de Registra	Imprime
NO SE ENCONTRARON D	ATOS PARA NOSTRAR.		

Anexo 1: Tablas de los formularios electrónicos 75, 76, 77 y 80

Tabla 1: CATEGORIA DEL TRABAJADOR

Código	Descripción
1	Funcionario
2	Empleado
3	Obrero
4	Capataz
5	Operario
6	Oficial
7	Peón
8	Agricultor
0	Otros (especificar)

Tabla 2: ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA

	Código CIIU
А	Agricultura
В	Pesca
C	Minas y Canteras
D	Manufactura
E	Electricidad, Gas y Agua
F	Construcción
G	Comercio
Н	Hoteles y Restaurantes
T	Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones
J	Intermediación Financiera
К	Activ. Inmob. Empresariales
L	Administración Pública y defensa
М	Enseñanza
Ν	Servicios Sociales y de Salud
0	Servicios

Tabla 3: FORMA DEL ACCIDENTE

Código	Descripción
1	Caída de personas a nivel
2	Caída de personal de altura
3	Caída de personas al agua
4	Caída de objetos
5	Derrumbes o desplomes de instalaciones
6	Pisadas sobre objeto
7	Choque contra objeto
8	Golpes por objetos (excepto caídas)
9	Aprisionamiento o atrapamiento
10	Esfuerzos físicos o falsos movimientos
11	Exposición al frío
12	Exposición al calor
13	Exposición a radiaciones ionizantes
14	Exposición a radiaciones no ionizantes
15	Exposición a productos químicos
16	Contacto con electricidad
17	Contacto con productos químicos
18	Contacto con plaguicidas
19	Contacto con fuego
20	Contacto con materias calientes o incandescentes
21	Contacto con frío
22	Contacto con calor
23	Explosión o implosión
24	Incendio
25	Atropellamiento por animales
26	Mordedura de animales
27	Choque de vehículos
28	Atropellamiento por vehículos
29	Falla en mecanismos para trabajos hiperbáricos
30	Agresión con armas
00	Otras formas

Tabla 4: AGENTE CAUSANTE

Código	Descripción	
Partes de la edificación		
1	Piso	
2	Paredes	
3	Techo	
4	Escalera	
5	Rampas	
6	Pasarelas	
7	Aberturas, puertas, portones, persianas	
8	Ventanas	
Instalacio	nes complementarias	
9	Tubos de ventilación	
10	Líneas de gas	
11	Líneas de aire	
12	Líneas o cañerías de agua	
13	Cableado de Electricidad	
14	Líneas o cañerías de materias primas o productos	
15	Líneas o cañerías de desagües	
16	Rejillas	
17	Estanterías	
18	Electricidad	
19	Vehículos o medios de transporte en general	
20	Máquinas y equipos en general	
21	Herramientas (portátiles, manuales, mecánicos, eléctricas, neumá- ticas, etc.)	
22	Aparatos para izar o medios de elevación	
23	Onda expansiva	
Materiales y/o elementos utilizados en el trabajo		
24	Matrices	
25	Paralelas	
26	Bancos de trabajo	
27	Recipientes	
28	Andamios	
29	Archivos	

30	Escritorios
31	Asientos en general
32	Muebles en general
33	Materias primas
34	Productos elaborados
Otros fact	ores externos e internos al ambiente de trabajo
35	Animales
36	Vegetales
37	Factores climáticos
38	Arma blanca
39	Arma de fuego
40	Sustancias químicas - plaguicidas
00	Otros

Tabla 5: PARTE DEL CUERPO AFECTADO

Código	Descripción
1	Región craneana (cráneo, cuero cabelludo)
2	Ojos (con inclusión de los párpados, la órbita y el nervio óptico)
3	Boca (con inclusión de labios, dientes y lengua)
4	Cara (ubicación no clasificada en otro epígrafe)
5	Nariz y senos paranasales
6	Aparato auditivo
7	Cabeza, ubicaciones múltiples
8	Cuello
9	Región cervical
10	Región dorsal
11	Región lumbosacra (columna vertebral y muscular adyacentes)
12	Tórax (costillas, esternón)
13	Abdomen (pared abdominal)
14	Pelvis
15	Tronco, ubicaciones múltiples
16	Hombro (inclusión de clavículas, omoplato y axila)
17	Brazo
18	Codo
19	Antebrazo

••••••••••••	
20	Muneca
21	Mano (con excepción de los dedos solos)
22	Dedos de la mano
23	Miembro superior, ubicaciones múltiples
24	Cadera
25	Muslo
26	Rodilla
27	Pierna
28	Tobillo
29	Pie (con excepción de los dedos)
30	Dedos de los pies
31	Miembro inferior, ubicaciones múltiples
32	Aparato cardiovascular en general
33	Aparato respiratorio en general
34	Aparato digestivo en general
35	Sistema nervioso en general
36	Mamas
37	Aparato genital en general
38	Aparato urinario en general
39	Sistema hematopoyético en general
40	Sistema endocrino en general
41	Pie (solo afecciones dérmicas)
42	Aparato psíquico en general
43	Ubicaciones múltiples, compromiso de dos o más zonas afectadas especificadas en la tabla
44	Órgano, aparato o sistema afectado por sustancias químicas - pla- guicidas
00	Otros

Tabla 6: NATURALEZA DE LA LESIÓN

Código	Descripción
1	Escoriaciones
2	Heridas punzantes
3	Heridas cortantes
4	Heridas contusas (por golpes o de bordes irregular)

5	Herida de bala
6	Herida de tejidos
7	Contusiones
8	Traumatismos internos
9	Torceduras y esquinces
10	Luxaciones
11	Fracturas
12	Amputaciones
13	Gangrenas
14	Quemaduras
15	Cuerpo extraño en ojos
16	Enucleación (pérdida ocular)
17	Intoxicaciones
18	Intoxicaciones por plaguicidas
19	Asfixia
20	Efectos de electricidad
21	Efectos de las radiaciones
22	Disfunciones orgánicas
00	Otros

Tabla 8: ENFERMEDADES RELACIONADAS AL TRABAJO

Código	Descripción
1	Asma profesional causada por agentes sensibilizantes o irritantes
2	Enfermedades ocasionadas por agentes químicos, tóxicos y otros
3	Silicosis
4	Asbestosis
5	Neumoconiosis por exposición a polvo de carbón
6	Talcosis, silicocaolinosis y otras silicatosis
7	Neoplasia por exposición al asbesto
8	Neoplasia maligna por exposición al cloruro de vinilo
9	Hipoacusia o sordera provocada por el ruido
10	Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas
11	Enfermedades provocadas por las vibraciones repetidas de transmisión vertical

12	Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repe- tidos en el trabajo
13	Enfermedades provocadas por trabajos bajo presión de aire y agua
14	Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes
15	Virus de hepatitis b, hepatitis c, VIH y otras infecciones víricas
16	Mycobacterium tuberculosis
17	Leishmanía donavani trópica
18	Estado de estrés
19	Trastorno cognitivo leve
20	Alcoholismo crónico relacionado al trabajo
21	Depresión
22	Disturbios visuales subjetivos
23	Hipertensión arterial
24	Angina de pecho
25	Arritmias cardiacas
26	Síndrome de Raynaud
27	Dorsalgia
28	Cervicalgia
29	Ciática
30	Lumbago
31	Trastornos del plexo braquial
32	Gingivitis crónica
33	Estomatitis ulcerativa crónica
34	Síndrome dispéptico
35	Gastritis
36	Varices en miembros inferiores
37	Dermatitis alérgica de contacto
00	Otras formas

Anexo 2: Diagramas del proceso de notificación al SAT







Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo Mesa de partes: Av. Salaverry 655, Jesús María Central Telefónica: 630-6000 / 630-6030 / 630-6060