ANEXO N° 23

NOTIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO NO MORTALES Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

AÑO _____ **MES** _____

MARCAR CON UNA (X) EN LO QUE CORRESPONDA (Para ser llenado por el Centro Médico Asistencial)

AVISO DE ACCIDENTE NO MORTAL ☐ **AVISO DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES** ☐

1. FECHA DE PRESENTACIÓN ☐☐☐☐☐☐
DIA MES AÑO

I. DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA DONDE SE EJECUTAN LAS LABORES)

2. RUC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. DENOMINACIÓN SOCIAL

3.A NOMBRE DE LA CONCESIÓN MINERA Y/O UEA
LLENAR EN CASO DE MINERÍA

CÓDIGO CONCESIÓN MINERA

3.B CÓDIGO OSINERGMIN
LLENAR EN CASO DE HIDROCARBUROS LÍQUIDOS Y GAS NATURAL

REGISTRO DGH

4. TAMAÑO DE EMPRESA (TABLA N°1 DE ANEXO 31)

5. DOMICILIO PRINCIPAL

6. DEPARTAMENTO

7. PROVINCIA

8. DISTRITO

UBIGEO (no llenar) ☐☐☐☐☐☐

9. ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL (DETALLAR)

CIIU (TABLA N°2 DE ANEXO 31) ☐☐☐☐

ER (no llenar)

10. N° DE TRABAJADORES
M F

11. COD. PROV. Y N° TELÉFONO ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

II. DATOS DEL EMPLEADOR (EMPRESA CONTRATISTA AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR)

12. RUC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

13. DENOMINACIÓN SOCIAL

13.A NOMBRE DE LA CONCESIÓN MINERA Y/O UEA
LLENAR EN CASO DE MINERÍA

CÓDIGO CONCESIÓN MINERA

13.B CÓDIGO OSINERGMIN
LLENAR EN CASO DE HIDROCARBUROS LÍQUIDOS Y GAS NATURAL

REGISTRO DGH

14. TAMAÑO DE EMPRESA (TABLA N°1 DE ANEXO 31)

15. DOMICILIO PRINCIPAL

16. DEPARTAMENTO

17. PROVINCIA

18. DISTRITO

UBIGEO (no llenar) ☐☐☐☐☐☐

19. ACTIVIDAD ECONÓMICA (DETALLAR)

CIIU (TABLA N°2 DE ANEXO 31) ☐☐☐☐

ER (no llenar)

20. N° DE TRABAJADORES
M F

21. COD. PROV. Y N° TELÉFONO ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

III. DATOS DEL TRABAJADOR

22. DNI / CE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

23.A APELLIDOS

23.B NOMBRES

24. DOMICILIO

25. DEPARTAMENTO

26. PROVINCIA

27. DISTRITO

28. UBIGEO (no llenar) ☐☐☐☐☐☐

29. CATEGORÍA OCUPACIONAL (TABLA N° 3 DE ANEXO 31)

30. ASEGURADO SI NO

31. ESSALUD

32. EPS

33. EDAD

34. SCTR SI NO

35. GÉNERO
M F

IV. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (NO MORTAL)

36. FECHA DEL ACCIDENTE ☐☐☐☐☐☐
DIA MES AÑO

37. HORA DEL ACCIDENTE ☐☐
H MM

38. TIPO DEL ACCIDENTE (TABLA N°4 DE ANEXO 31)

39. AGENTE CAUSANTE (TABLA N° 5 DE ANEXO 31)

CERTIFICACIÓN MÉDICA

40. RUC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

41. FECHA DE INGRESO ☐☐☐☐☐☐
DIA MES AÑO

42. CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL

42.A TIPO DE CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL
PÚBLICO ☐ PRIVADO ☐ MILITAR ☐ POLICIAL ☐ SEGURIDAD SOCIAL

43. PARTE DEL CUERPO AFECTADO (TABLA N°6 DE ANEXO 31)

44. NATURALEZA DE LA LESIÓN (TABLA N° 7 DE ANEXO 31)

CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

45. ACCIDENTE LEVE

46. ACCIDENTE INCAPACITANTE:

46.1 TOTAL TEMPORAL ☐ 46.2 PARCIAL TEMPORAL ☐ 46.3 PARCIAL PERMANENTE ☐ 46.4 TOTAL PERMANENTE ☐

47. ACCIDENTE MORTAL

48. FECHA DE FALLECIMIENTO ☐☐☐☐☐☐
DIA MES AÑO

V. DATOS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL U OCUPACIONAL

FACTOR DEL RIESGO CAUSANTE (Marcar con X los recuadros que corresponda)

49. FÍSICOS ☐ 50. QUÍMICOS ☐ 51. BIOLÓGICOS ☐ 52. DISERGONÓMICOS ☐ 53. PSICO-SOCIALES ☐

54. NOMBRE Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL U OCUPACIONAL

CIE 10

CERTIFICACIÓN MÉDICA

55. RUC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

56. FECHA DE INGRESO ☐☐☐☐☐☐
DIA MES AÑO

57. CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL

57.A TIPO DE CENTRO MEDICO ASISTENCIAL
PÚBLICO ☐ PRIVADO ☐ MILITAR ☐ POLICIAL ☐ SEGURIDAD SOCIAL

58. ENFERMEDAD PROFESIONAL U OCUPACIONAL (TABLA N°8 DE ANEXO 31)