



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



manual de uso

© 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	Reimprimiendo 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. N° 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. N° 008-2010-TR y en el D.S. N° 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 75° del D.S. N° 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 77° del D.S. N° 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 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 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. N° 009-2005-TR, el D.S. N° 008-2010-TR y el D.S. N° 012-2010-TR.

Para efectuar esas declaraciones se deben utilizar los formularios aprobados en el DS N° 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. N° 008-2010-TR y el D.S. N° 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).

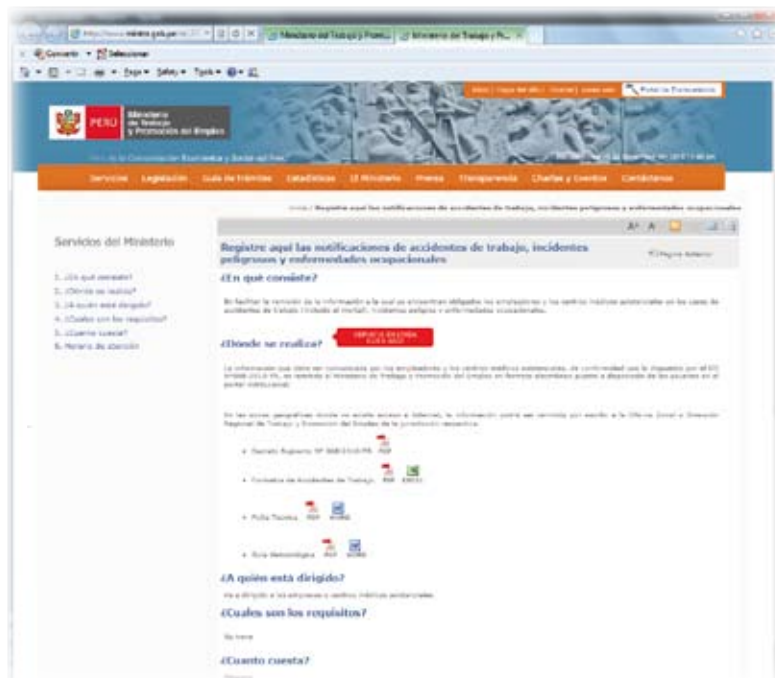


Notificación de
accidentes de trabajo

- 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.

Área de ingreso del
sistema de información



- Finalmente, haz “click” en el ícono: “Servicio en línea, click aquí”.

¿Dónde se realiza?

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.

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Bienvenido, ingrese con su Clave SOL

RUC :

USUARIO :

CLAVE :

Iniciar Sesión

El tiempo de vida de esta petición ha caducado, por favor, haga clic [aquí](#) si necesita más tiempo.

BIENVENIDOS AL MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO

Haga clic [aquí](#) si necesita ayuda, o ingrese su Clave SOL para acceder a nuestros servicios

Central Telefónica : 315-6000 / 315-7200

Comentarios : webmaster@mintra.gob.pe

Política de privacidad Aprende sobre SOL

© 1997-2010 SUNAT - PERÚ. Todos los Derechos Reservados.

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

- Número RUC del empleador (11 dígitos).
- 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.



Acceso autorizado!

Cargando la aplicación, espere un momento por favor...1

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



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 75° del D.S. N° 009-2005-TR)
- Aviso de Incidente Peligroso (Artículo 77° del D.S. N° 009-2005-TR)

Para los centros asistenciales:

- Aviso de Accidente de Trabajo (Artículo 76° del D.S. N° 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 Re-imprimir 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.



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.



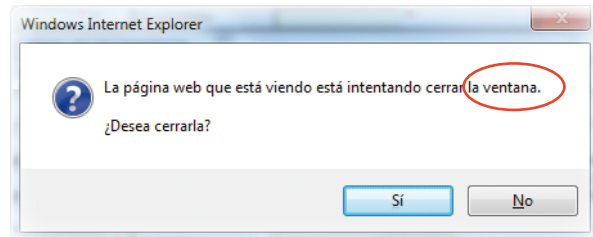
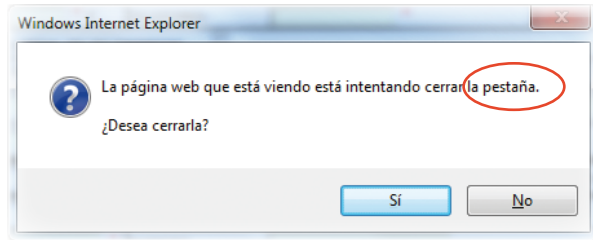
Ícono Ayuda

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 75° del D.S. N° 009-2005-TR)

Para ingresar al formulario de declaración, haga “click” en la opción: **Aviso de accidente mortal Art° 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).

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Sistema de Accidentes de Trabajo SAT

REGISTRO ACCIDENTE MORTAL

Datos obligatorios (*)

DATOS DEL EMPLEADOR			
RUC:	RAZÓN SOCIAL:		
CTIB:	ER		
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:	
TIPO ZONA	DESC. ZONA	VIA	
DIRECCION	NUMERO		
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR
N. DE TRABAJADORES:	N	F	TELEFONO:
CORREO			
INDIQUE SI EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR			
RUC:	RAZÓN SOCIAL:		
CTIB:	ER		
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:	
TIPO ZONA	DESC. ZONA	VIA	
DIRECCION	NUMERO		
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR
N. DE TRABAJADORES:	N	F	TELEFONO:
DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO			
DNI:	APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:	
NOMBRES:	GENERO:		
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:	
TIPO ZONA	DESC. ZONA	VIA	
DIRECCION	NUMERO		
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR
CATEGORIA OCUPACIONAL:	ASEGURADO:	EGALADO:	
EPB:	EDAD:	FECHA DEL ACCIDENTE:	
HORA DEL ACCIDENTE:	MIN	FORMA DEL ACCIDENTE:	
AGENTE CAUSANTE:			

Vista Previa Grabar Cancelar

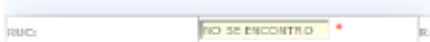
Nota: Todos los campos del formulario que poseen un asterisco rojo (*) son datos que se deben ingresar obligatoriamente. Asegúrese, previamente, de tener esos datos.

Ingresando los datos del empleador (sección 1)

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

DATOS DEL EMPLEADOR			
RUC:	RAZÓN SOCIAL:		
CIU:	ER		
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:	
TIPO ZONA:	DESC. ZONA:	VIA:	
DIRECCION:	NUMERO:		
MANZANA:	LOTE:	NUMERO PISO:	INTERIOR:
N. DE TRABAJADORES:	TELEFONO:		
CORREO:			
☐ INDIQUE SI EL ACCIDENTE OCURRIO EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA			

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 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.
CIU (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 (CIU). 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 correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar 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, 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 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. Considerando los códigos (3 dígitos) 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					
RUC:	20602895665 *		RAZÓN SOCIAL:	AGROINDUSTRIA S VALLES DEL PERU S.A. *	
CIRUI:	AGROINDUSTRIA S VALLES DEL PERU S.A. ER				
DEPARTAMENTO:	UMA *	PROVINCIA:	UMA *	DISTRITO:	JESUS MARIA *
TIPO ZONA:	SIN ZONA *	DESC. ZONA:		VIA:	
DIRECCION:	Pv. ARENALES *		NUMERO:	1147	
MANZANA:		LOTE:		NUMERO PISO:	INTERIOR
N. DE TRABAJADORES:	120 *	M:	50 *	F:	
TELEFONO:	001-7854431 *		CORREO:	contacto@vallesdelperu.com.	
INDIQUE SI EL ACCIDENTE OCURRIO EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA ☐					

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 EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR				
RUC:	RAZÓN SOCIAL:			
CIU:	ER:			
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:		
TIPO ZONA:	DESC. ZONA:	VÍA:		
DIRECCIÓN:	NÚMERO:			
MANZANA:	LOTE:	NÚMERO PISO:	INTERIOR:	
N. DE TRABAJADORES:	H:	P:	TELÉFONO:	

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 visualizará un mensaje de error.
Razón Social (*)	Nombre completo de la empresa para la cual laboral el trabajador. Se obtiene automáticamente luego de ingresar el RUC.
CIU (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 (CIU). 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 correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar 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 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. Considerando los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional.

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

Vea el ejemplo:

DATOS DE LA EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR					
RUC:	20602895665 *	RAZÓN SOCIAL:	AGROINDUSTRIA S VALLES DEL PERU S.A. *		
CEB:	ELABORACIÓN DE FRUTAS, LEGUMBRES Y HORTALLERAS		IR:		
DEPARTAMENTO:	LIMA *	PROVINCIA:	LIMA *	DISTRITO:	JESÚS MARÍA *
TIPO ZONA:	SIN ZONA *	DESC. ZONA:		VIA:	AVENIDA *
DIRECCION:	AV. ARENALES *	NÚMERO:	1147		
HANZARA:	LOTE *	NÚMERO PISO:	INTERIOR *	TELEFONO *	
N. DE TRABAJADORES:	120 M *	50 F *	TELEFONO:	001-7854431 *	

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.

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO					
DNI:		APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:	
NOMBRES:		GENERO:	-- Seleccione -- *		
DEPARTAMENTO:	-- Seleccione -- *	PROVINCIA:	-- Seleccione -- *	DISTRITO:	-- Seleccione -- *
TIPO ZONA:	-- Seleccione -- *	DESC. ZONA:		VIA:	-- Seleccione -- *
DIRECCION:		NÚMERO:			
HANZARA:	LOTE *	NÚMERO PISO:	INTERIOR *	TELEFONO *	
CATEGORIA OCUPACIONAL:	-- Seleccione -- *	ASEGURADO:	☐	ESSALUD:	☐
EPS:	☐	EDAD:		FECHA DEL ACCIDENTE: *	
HORA DEL ACCIDENTE:	HH *	MM *	FORMA DEL ACCIDENTE:	-- Seleccione -- *	
AGENTE CAUSANTE:	-- Seleccione -- *				

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 PERSONA *
DEPARTAMENTO:	-- Seleccione -- *

Apellido paterno (*)	Apellido paterno del trabajador accidentado. Esta información se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.
Apellido materno (*)	Apellido materno del trabajador accidentado. Esta información se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.
Nombres (*)	Nombres completos del trabajador afectado. Esta información se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.
Género (*)	Género del accidentado. Masculino o Femenino.
Departamento (*)	Departamento del domicilio del trabajador
Provincia (*)	Provincia de 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 (*)	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 (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 ESSALUD.
EPS:	Marque la casilla si el trabajador está afiliado a una Entidad 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 trabajador. Vea la Tabla 3 del Anexo.

Agente causante: (*)

Seleccione la causa o el causante del accidente del trabajador. Vea la Tabla 4 del Anexo.

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

Vea el ejemplo:

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO					
ORI:	04466566 *	APELLIDO PATERNO:	AYLA *	APELLIDO MATERNO:	VACA *
NOMBRES:	JOSE LUIS *	GENERO:	MASCULINO *		
DEPARTAMENTO:	LIMA *	PROVINCIA:	LIMA *	DISTRITO:	VILLA MARIA *
TIPO ZONA:	URBANIZACION *	REG. ZONA:	LOS PORTALES DE VILLA *	VIA:	JIRON *
DIRECCION:	SALARA *	NUMERO:	999 *		
PANZANA:	LOTE *	NUMERO PISO:	INTERIOR *	TELEFONO:	0014527411 *
CATEGORIA OCUPACIONAL:	OPERARIO *	ASEGURADO:	R *	ESSALUD:	S *
EPS:	1 *	EDAD:	30 *	FECHA DEL ACCIDENTE:	27/10/2010 *
HORA DEL ACCIDENTE:	11 HH * 45 MM *	FORMA DEL ACCIDENTE:	CONTACTO CON PLAGUICIDAS *		
AGENTE CAUSANTE:	SUSTANCIAS QUIMICAS - PLAGUICIDAS *				

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

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.



REPORTE DE ACCIDENTE MORTAL (Art. 75°)

VISTA PRELIMINAR

I.- DATOS DEL EMPLEADOR

RUC Y RAZÓN SOCIAL: 20475434952 - AGRICULTURAL GROUP S.A.
ACTIVIDAD ECONOMICA: 0113 - CULTIVO DE FRUTAS, NUECES, PLANTAS QUE SE UTILIZAN ☐ ER ☐
UBIGEO: LIMA - LIMA - JESUS MARIA
DOMICILIO PRINCIPAL: SIN ZONA SIN ZONA AVENIDA AV ARENALES 1147
TELÉFONO: 00178644
N° TRABAJADORES: N° HOM 120 N° MUJ 50 CORREO: contacto@vallesdelperu.com

II.- DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (donde ejecuta las labores)

RUC Y RAZÓN SOCIAL: 20475434952 - AGRICULTURAL GROUP S.A.
ACTIVIDAD ECONOMICA: 0113 - CULTIVO DE FRUTAS, NUECES, PLANTAS QUE SE UTILIZAN ☐ ER ☐
UBIGEO: LIMA - LIMA - JESUS MARIA
DOMICILIO PRINCIPAL: SIN ZONA SIN ZONA AVENIDA AV ARENALES 1147
TELÉFONO: 00178644
N° TRABAJADORES: N° HOM 120 N° MUJ 50

III.- DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

DNI/NOMBRE COMPLETO: 07523366 - RAFAEL HUAMAN NAVEROS
EDAD: 41 GÉNERO: MASCULINO
UBIGEO: LIMA - LIMA - CARABAYLLO
DOMICILIO: URBANIZACIÓN LOMAS DE CARABAYLLO CALLE LAS FRUTAS 236 Manz. J Lot. 2
TELÉFONO:
CATEGORÍA: ASEGURADO: ☐ N ☐ ESSALUD: ☐ N ☐
EPS: ☐ N ☐ FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE: 12/10/2015 14:30
FORMA DEL ACCIDENTE: ATROPELLAMIENTO POR VEHÍCULOS
AGENTE CAUSANTE: VEHÍCULOS 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 77° del D.S. N° 009-2005-TR)

Para ingresar al formulario de declaración, haga “click” en la opción: **Aviso de incidente peligroso Art° 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).

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Sistema de Accidentes de Trabajo SAT

REGISTRO DE INCIDENTE PELIGROSO

Datos obligatorios (*)

DATOS DEL EMPLEADOR			
RUC:		RAZÓN SOCIAL:	
CEDU:		ER:	
DEPARTAMENTO:	-- Seleccionar --	PROVINCIA:	-- Seleccionar --
TIPO ZONA:	-- Seleccionar --	DESC. ZONA:	
DIRECCION:		VIA:	-- Seleccionar --
MANZANA:		NUMERO:	
N. DE TRABAJADORES:		NUMERO PISO:	
		INTERIOR:	
		TELEFONO:	
		CORREO:	
☐ INDIQUE SI EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR			
RUC:		RAZÓN SOCIAL:	
CEDU:		ER:	
DEPARTAMENTO:	-- Seleccionar --	PROVINCIA:	-- Seleccionar --
TIPO ZONA:	-- Seleccionar --	DESC. ZONA:	
DIRECCION:		VIA:	-- Seleccionar --
MANZANA:		NUMERO:	
N. DE TRABAJADORES:		NUMERO PISO:	
		INTERIOR:	
		TELEFONO:	
DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO			
FECHA DEL INCIDENTE:		HORA DEL INCIDENTE:	
TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO:	-- Seleccionar --	HH:	MM:
DESCRIPCION DEL INCIDENTE PELIGROSO:	Cantidad máxima de caracteres 255 Caracteres: 0		
Vista Previa Grabar 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 DEL EMPLEADOR					
RUC:	RAZÓN SOCIAL:				
CIIU:	ER:				
DEPARTAMENTO:	-- Seleccione --	PROVINCIA:	-- Seleccione --	DISTRITO:	-- Seleccione --
TIPO ZONA:	-- Seleccione --	DESC. ZONA:	VIA: -- Seleccione --		
DIRECCION:	NUMERO:				
MANZANA:	LOTE:	NUMERO PISO:	INTERIOR:		
N. DE TRABAJADORES:	* M	* F	CORREO:		
INDIQUE SI EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA: ☐					

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 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 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 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 correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar 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, 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 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. Considerando 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.	Selecione 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:

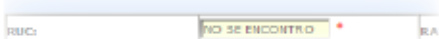
DATOS DEL EMPLEADOR					
RUC:	20602895665 *	RAZÓN SOCIAL:	AGROINDUSTRIA S VALLES DEL PERU S.A. *		
CITY:	AGROINDUSTRIA S VALLES DEL PERU S.A.		ER:		
DEPARTAMENTO:	LIMA *	PROVINCIA:	LIMA *	DISTRITO:	JESUS MARIA *
TIPO ZONA	SIN ZONA *	DESC. ZONA		VIA	
DIRECCION	AV. ARINALES		NUMERO	1147	
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR		
N. DE TRABAJADORES:	120 * M	50 * F	TELEFONO:	001-7854431 *	CORREO: contacto@vallesdelperu.com
INDIQUE SI EL ACCIDENTE OCURRIÓ 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 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 EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR					
RUC:		RAZÓN SOCIAL:			
CITY:			ER:		
DEPARTAMENTO:	-- Seleccione -- *	PROVINCIA:	-- Seleccione -- *	DISTRITO:	-- Seleccione -- *
TIPO ZONA	-- Seleccione -- *	DESC. ZONA		VIA	-- Seleccione -- *
DIRECCION			NUMERO		
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	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 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 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 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 correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar 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, 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 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. Considerando 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:

DATOS DE LA EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR					
RUC:	20602895665 *	RAZÓN SOCIAL:		AGROINDUSTRIAS VALLES DEL PERU S.A. *	
CITY:	ELABORACIÓN DE FRUTAS, LEGUMBRES Y HORTALIZAS				
DEPARTAMENTO:	LIMA *	PROVINCIA:	LIMA *	DISTRITO:	JESÚS MARÍA *
TIPO ZONA:	SIN ZONA *	DESC. ZONA:		VIA:	AVENIDA *
DIRECCIÓN:	AV. ARENALES *	NÚMERO:	1147		
MANZANA:		LOTE:		NÚMERO PISO:	INTERIOR
N. DE TRABAJADORES:	120 H *	50 F *	TELÉFONO:	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:	
TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO:	-- Seleccione -- *
DESCRIPCIÓN 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 especialmente los elementos implicados en el incidente y personas involucradas. Sólo tiene 255 caracteres para narrar el incidente.

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

Vea el ejemplo:

DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO	
FECHA DEL INCIDENTE:	10/10/2020 *
HORA DEL INCIDENTE:	15 HH * 30 MM *
TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO:	DERRUMBE DE UNA CONSTRUCCIÓN *
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO *	Cantidad máxima de caracteres 255 Caracteres: 0
A LAS 15:30 HORAS SE PRODUJO LA CAÍDA DE UNA RUMA DE LADRILLOS UBICADOS EN LA PLANTA BAJA DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN EDIFICIO DE 13 PISOS. A FORTUNADAMENTE NINGÚN OBRERO RESULTO HERIDO.	

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

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
Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Fecha: 12/11/2010
Hora: 10:55:25 AM

REPORTE DE INCIDENTE PELIGROSO (Art. 77º)
VISTA PRELIMINAR

I.- DATOS DEL EMPLEADOR
RUC Y RAZÓN SOCIAL: 20101833181 - QUIMICA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L
ACTIVIDAD ECONOMICA: 7499 - OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES, N.C.P. ☐ ER ☐
UBIGEO: CALLAO - CALLAO - CALLAO
DOMICILIO PRINCIPAL: ZONA INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENIDA LOS ELEMENTOS 1258
TELEFONO: 001285506
N° TRABAJADORES: N° HOM 40 N° MUJ 20 CORREO: quimico@quimar.net

II.- DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (donde ejecuta las labores)
RUC Y RAZÓN SOCIAL: 20101833181 - QUIMICA IND FARMACEUTICA COMERCIAL S R L
ACTIVIDAD ECONOMICA: 7499 - OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES, N.C.P. ☐ ER ☐
UBIGEO: CALLAO - CALLAO - CALLAO
DOMICILIO PRINCIPAL: ZONA INDUSTRIAL INDUSTRIAL CALLAO AVENIDA LOS ELEMENTOS 1258
TELEFONO: 001285506
N° TRABAJADORES: N° HOM 40 N° MUJ 20

III.- DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO
14.- FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE 05/09/2010 11:05
15.- TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO ESCAPE DE UN GAS TOXICO O IRRITANTE AL AMBIENTE DE TRABAJO
16.- DESCRIPCION DEL INCIDENTE Una válvula de escape presentó fallas de resistencia y provocó

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 76° del D.S. N° 009-2005-TR)

Para ingresar al formulario de declaración, haga “click” en la opción: **Aviso de accidente de trabajo Art° 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 de Trabajo y Promoción del Empleo

PORTAL

Sistema de Accidentes de Trabajo SAT

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

ACCIDENTE TRABAJO

Datos obligatorios (*)

CANTIDAD DE TRABAJADORES AFECTADOS:

DATOS DEL EMPLEADOR

RUC: RAZÓN SOCIAL:

CITY: ER:

DEPARTAMENTO: PROVINCIA: DISTRITO:

TIPO ZONA: DESC. ZONA: VIA:

DIRECCION: NUMERO:

HANZANA: LOTE: NUMERO PISO: INTERIOR:

N. DE TRABAJADORES: M: F: TELEFONO: CORREO:

INDIQUE SI EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN UNA SUCURSAL DE LA EMPRESA:

DATOS DE LA EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR

RUC: RAZÓN SOCIAL:

CITY: ER:

DEPARTAMENTO: PROVINCIA: DISTRITO:

TIPO ZONA: DESC. ZONA: VIA:

DIRECCION: NUMERO:

HANZANA: LOTE: NUMERO PISO: INTERIOR:

N. DE TRABAJADORES: M: F: TELEFONO:

DATOS DEL TRABAJADOR

DNI: APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO:

NOMBRES: GENERO:

DEPARTAMENTO: PROVINCIA: DISTRITO:

TIPO ZONA: DESC. ZONA: VIA:

DIRECCION: NUMERO:

HANZANA: LOTE: NUMERO PISO: INTERIOR:

CATEGORIA OCUPACIONAL: ASIGURADO: ASALARIADO:

EPS: EDAD:

DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA DEL ACCIDENTE: HORA DEL ACCIDENTE: HH: MM:

FORMA DEL ACCIDENTE:

AGENTE CAUSANTE:

CERTIFICACION MEDICA

RUC CENTRO MEDICO ASISTENCIAL: CENTRO MEDICO ASISTENCIAL:

FECHA DE INGRESO:

PARTES DEL CUERPO AFECTADO:

NATURALEZA DE LA LESION:

CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

ACCIDENTE LEVE: ACCIDENTE INCAPACITANTE: ACCIDENTE MORTAL:

NOMBRE DEL PRODUJO: N° COLEGIATURA:

Vista Previa Grabar 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 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 DEL EMPLEADOR			
RUC:	RAZÓN SOCIAL:		
CIIU:	ER:		
DEPARTAMENTO:	-- Seleccione --	PROVINCIA:	-- Seleccione --
TERO ZONA:	-- Seleccione --	DESC. ZONA:	VIA: -- Seleccione --
DIRECCION:	NUMERO:		
MANZANA:	LOTE:	NUMERO PISO:	INTERIOR:
N. DE TRABAJADORES:	M:	F:	TELEFONO:
CORREO:			
☐ INDICAR SI EL ACCIDENTE OCURRIO EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA			

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 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 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 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 correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar 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 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. Considerando 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.	Selecione 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					
RUC:	20602895665 *		RAZÓN SOCIAL:	AGROINDUSTRIA S VALLES DEL PERU S.A. *	
CIDU:	AGROINDUSTRIA S VALLES DEL PERU S.A.				
DEPARTAMENTO:	LIMA *	PROVINCIA:	LIMA *	DISTRITO:	JESUS MARIA *
TIPO ZONA:	SIN ZONA *	DESC. ZONA:		VIA:	
DIRECCION:	AV. ARENALES *		NUMERO:	1147	
MANZANA:		LOTE:		NUMERO PISO:	INTERIOR
N. DE TRABAJADORES:	120 *	M	50 *	F	TELEFONO:
			001-7854431 *	CORREO:	contacto@vallesdelperu.com
INDIQUE SI EL ACCIDENTE OCURRIÓ 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 EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR					
RUC:	RAZÓN SOCIAL:				
CIU:	ER:				
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:			
TIPO ZONA:	DESC. ZONA:	VIA:			
DIRECCION:	NUMERO:				
HABITACION:	LOTE:	NUMERO PISO:		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 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.
CIU (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 (CIU). 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 correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar 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 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. Considerando los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional

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

Vea el ejemplo:

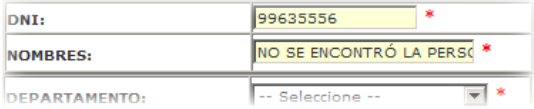
DATOS DE LA EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR					
RUC:	20602895665 *	RAZÓN SOCIAL:	AGROINDUSTRIAS VALLES DEL PERU S.A. *		
CIIU:	ELABORACION DE FRUTAS, LEGUMBRES Y HORTALIZAS EL *				
DEPARTAMENTO:	LIMA *	PROVINCIA:	LIMA *	DISTRITO:	JESÚS MARÍA *
TIPO ZONA	SIN ZONA *	DESC. ZONA	VIA *		
DIRECCION	AV. ARENALES *	NUMERO	1147		
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR		
N. DE TRABAJADORES:	120 M *	50 F *	TELEFONO:	001-7854431 *	

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:	-- Seleccione -- *	DISTRITO:	-- Seleccione -- *
TIPO ZONA	-- Seleccione -- *	DESC. ZONA		VIA	-- Seleccione -- *
DIRECCION		NUMERO			
MANZANA	LOTE	NUMERO PISO	INTERIOR		
CATEGORIA OCUPACIONAL:	-- Seleccione -- *	ASEGURADO:		ESSALUD:	
EPS:		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. 
Apellido paterno (*)	Apellido paterno del trabajador accidentado. Esta información se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.
Apellido materno (*)	Apellido materno del trabajador accidentado. Esta información se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.
Nombres (*)	Nombres completos del trabajador afectado. Esta información se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.
Género (*)	Género del accidentado. Masculino o Femenino.
Departamento (*)	Departamento del domicilio del trabajador
Provincia (*)	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 (*)	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 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 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			
DRE:	07557855 *	APELLIDO PATERNO:	QUINCHO *
NOMBRES:	JACINTO PEDRO *	APELLIDO MATERNO:	CONTRERAS *
DEPARTAMENTO:	AREQUIPA *	PROVINCIA:	AREQUIPA *
TIPO ZONA:	URBANIZACIÓN *	DISTRITO:	TIABADA *
DIRECCION:	EL HERRAJE *	DESC. ZONA:	CAMPAÑA DE TIABADA *
MANZANA:	F *	NUMERO:	478 *
CATEGORIA OCUPACIONAL:	AGRICULTOR *	NUMERO PISO:	INTERIOR *
EPS:	☐	ASEGURADO:	☐
		EDAD:	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 ACCIDENTE:	27/10/2010 *
HORA DEL ACCIDENTE:	13:45 *
FORMA DEL ACCIDENTE:	-- Seleccione -- *
AGENTE CAUSANTE:	-- Seleccione -- *
CERTIFICACION MEDICA	
RUC CENTRO MEDICO ASISTENCIAL:	CENTRO MEDICO ASISTENCIAL: *
FECHA DE INGRESO:	27/10/2010 *
PARTES DEL CUERPO AFECTADO:	-- Seleccione -- *
NATURALEZA DE LA LESION:	-- Seleccione -- *
CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE	
ACCIDENTE LEVE:	☐
ACCIDENTE INCAPACITANTE:	-- Seleccione -- *
ACCIDENTE MORTAL:	☐
NOMBRE DEL MEDICO:	Nº COLEGIATURA: *

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. (Ejemplo: 13 horas y 45 minutos)

Forma del accidente: (*)

Seleccione la forma en que ocurrió el accidente del trabajador. Vea la Tabla 3 del Anexo.

Agente causante: (*)	Seleccione la causa o el causante del accidente del trabajador. 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 errado 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 ocurrido el accidente de trabajo. Formato: día/mes/año (Ejemplo: 27/10/2010).
Parte del cuerpo afectado	Se registra la descripción de la parte del cuerpo afectada del trabajador, según corresponda. Ver tabla N° 05 del Anexo
Naturaleza de la lesión	Se registra la descripción de la causa o naturaleza de la lesión. Ver tabla N° 06 del Anexo.
Sección: Consecuencias del accidente	
Accidente leve	Marcar cuando el suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, genera en el accidentado un descanso breve con retorno máximo al día siguiente a sus labores habituales.
Accidente incapacitante	Suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, da lugar a descanso, ausencia justificada al trabajo y tratamiento. Según el grado de incapacidad los accidentes 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 del dedo 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 ACCIDENTE DE TRABAJO	
FECHA DEL ACCIDENTE:	11/10/2010
HORA DEL ACCIDENTE:	08:00
FORMA DEL ACCIDENTE:	ATROPELLAMIENTO POR VEHICULOS
AGENTE CAUSANTE:	VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN GENERAL
CERTIFICACION MEDICA	
RUC CENTRO MEDICO ASISTENCIAL:	2048541168
CENTRO MEDICO ASISTENCIAL:	CENTRO INTERNACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
FECHA DE INGRESO:	11/10/2010
PARTES DEL CUERPO AFECTADO:	UBICACIONES MULTIPLES, COMPROMISO DE DOS O MAS ZONAS AFECTADAS ESPECIFICADAS EN LA TABLA
NATURALEZA DE LA LESION:	FRACTURAS
CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE	
ACCIDENTE LEVE	ACCIDENTE ENCAPACITANTE
TOTAL TEMPORAL	ACCIDENTE MORTAL
NOMBRE DEL MEDICO	SALVEZ RAMIREZ ENRIQUE
Nº 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.

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.



Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Fecha: 12/10/2019
 Hora: 11:42:11 AM

REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO (Art. 76°) VISTA PRELIMINAR

I.- DATOS DEL EMPLEADOR

RUC Y RAZÓN SOCIAL: 20723M152 - AGRICULTURA TECNICA S.A.
 ACTIVIDAD ECONOMICA: 0121 - VENTA AL POR MAYOR DE MATERIAS PRIMAS ☐ ER ☐
 DOMICILIO PRINCIPAL: FUNDO FUNDO AGRICOLA CARRETERA TELEFONO: 947248112
 UBIGEO: AREQUIPA - AREQUIPA - AREQUIPA
 N° TRABAJADORES: N° HOM: 10 N° MUJ: 3 CORREO: ventas@agritec.net

II.- DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (donde ejerce las labores)

RUC Y RAZÓN SOCIAL: 20723M152 - AGRICULTURA TECNICA S.A.
 ACTIVIDAD ECONOMICA: 0121 - VENTA AL POR MAYOR DE MATERIAS PRIMAS ☐ ER ☐
 DOMICILIO PRINCIPAL: FUNDO FUNDO AGRICOLA CARRETERA TELEFONO: 947248112
 UBIGEO: AREQUIPA - AREQUIPA - AREQUIPA
 N° TRABAJADORES: N° HOM: 10 N° MUJ: 3

III.- DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

DNI / NOMBRE COMPLETO: 0885022 - RAFAEL EDUARDO MUÑOZ KIVUCHE
 EDAD: 41 GÉNERO: MASCULINO
 DOMICILIO: COOPERATIVA DE VIVIENDA CALLE LAS CHIRACATAS 288 Mm. A Lm. 23
 UBIGEO: AREQUIPA - AREQUIPA - TAYBAYA
 CATEGORIA: AGRICULTOR ASEGURADO: ☒ S EXHALTD: ☒ S
 EPS: ☒ N

IV.- DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE: 18/10/2019 09:20
 FORMA DEL ACCIDENTE: ATROPELLAMIENTO POR VEHICULOS
 AGENTE CAUSANTE: VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN GENERAL
 RUC Y NOMBRE DEL CENTRO MEDICO: 0048141185 - CENTRO INTERNACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD S.R.L.
 FECHA DE INGRESO: 18/10/2019
 PARTE DEL CUERPO AFECTADO: LUBRICACIONES MULTIPLES, COMPROMISO DE DOS O MAS ZONAS
 NATURALEZA DE LA LESION: FRACTURAS
 ACCIDENTE LEVE: ☒ N ACCIDENTE INCAPACITANTE: TOTAL TEMPORAL ACCIDENTE MORTAL: ☒ N
 NOMBRE DEL MEDICO: SALVET RAMIREZ ENRIQUE N° COLEGIATURA: 011770

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 80° del D.S. N° 009-2005-TR)

Para ingresar al formulario de declaración, haga “click” en la opción: **Aviso de enfermedades ocupacionales Art° 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 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).

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - PORTAL

Sistema de Accidentes de Trabajo SAT

ENFERMEDADES OCUPACIONALES

Datos obligatorios (*)

DATOS DEL EMPLEADOR			
RUC:	Razón Social:		
SEDI:	ER:		
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:	
TIPO ZONA:	DESC. ZONA:	VIA:	
DIRECCION:	NUMERO:		
MANZANA:	LOTE:	NUMERO PESO:	INTERIOR:
N. DE TRABAJADORES:	TELEFONO:	CORREO:	
INDIQUE SI EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA:			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR			
RUC:	Razón Social:		
SEDI:	ER:		
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:	
TIPO ZONA:	DESC. ZONA:	VIA:	
DIRECCION:	NUMERO:		
MANZANA:	LOTE:	NUMERO PESO:	INTERIOR:
N. DE TRABAJADORES:	TELEFONO:	CORREO:	
DATOS DEL TRABAJADOR			
END:	APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:	
NOMBRES:	GENERO:	SELECCION:	
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:	
TIPO ZONA:	DESC. ZONA:	VIA:	
DIRECCION:	NUMERO:		
MANZANA:	LOTE:	NUMERO PESO:	INTERIOR:
CATEGORIA OCUPACIONAL:	ASEGURADO:	SALUD:	
EPS:	EDAD:	Razón Social:	
DATOS DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL			
NOMBRE Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL:	SELECCION:		
FACTOR RIESGO CAUSANTE			
FISICOS	QUIMICOS	BIOLOGICOS	ERGONOMICOS
PSICOLOGICOS	BIOLÓGICOS	ERGONÓMICOS	SOCIO - PSICOLÓGICOS
RUC CENTRO PEDIDO ASISTENCIAL:	Razón Social:		
FECHA DE INGRESO:	N° COLIGATURA:		
NOMBRE DEL MEDICO:	Razón Social:		

[Vista Previa](#)
[Grabar](#)
[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 del empleador para quien labora el trabajador afectado.

DATOS DEL EMPLEADOR			
RUC:	RAZÓN SOCIAL:		
CIIU:	ER:		
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:	
TIPO ZONA:	DESC. ZONA:	VIA:	
DIRECCION:	NUMERO:		
MANZANA:	LOTE:	NUMERO PESO:	INTERIOR:
N. DE TRABAJADORES:	TELEFONO:	CORREO:	
¿INSQUE SI EL ACCIDENTE OCURRIO EN UNA SUCURSAL DE SU EMPRESA?			

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 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 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 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 correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar 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, 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 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. Considerando 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:

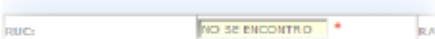
DATOS DEL EMPLEADOR					
RUC:	20602895665 *		RAZÓN SOCIAL:	AGROINDUSTRIA S VALLES DEL PERU S.A. *	
CED:	AGROINDUSTRIA S VALLES DEL PERU S.A. ER				
DEPARTAMENTO:	LIMA *	PROVINCIA:	LIMA *	DISTRITO:	JESUS MARIA *
TIPO ZONA:	SIN ZONA *	DESC. ZONA:		VIA:	
DIRECCION:	/IV. ARENALES *		NUMERO:	1147	
MANZANA:	LOTE:	NUMERO PISO:	INTERIOR:		
N. DE TRABAJADORES:	120 * M	50 * F	TELEFONO:	001-7854431 *	CORREO: contacto@vallesdelperu.com *
☐ INDICAR SI EL ACCIDENTE OCURRIÓ 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 EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR					
RUC:			RAZÓN SOCIAL:		
CED:					
DEPARTAMENTO:	-- Seleccionar -- *	PROVINCIA:	-- Seleccionar -- *	DISTRITO:	-- Seleccionar -- *
TIPO ZONA:	-- Seleccionar -- *	DESC. ZONA:		VIA:	-- Seleccionar -- *
DIRECCION:			NUMERO:		
MANZANA:	LOTE:	NUMERO PISO:	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 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 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 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 correctamente el departamento, provincia y distrito para determinar 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, 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 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. Considerando los códigos (3dígitos) que anteceden al número para la cobertura a Nivel Nacional

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

Vea el ejemplo:

DATOS DE LA EMPRESA DONDE EL TRABAJADOR EJECUTA SU LABOR					
RUC:	20602895665 *		RAZÓN SOCIAL: AGRICULTURAS VALLES DEL PERU S.A. *		
CIIU:	ELABORACIÓN DE FRUTAS, LEGUMBRES Y HORTALIZAS		EE: ☐		
DEPARTAMENTO:	LIMA *	PROVINCIA:	LIMA *	DISTRITO:	JESÚS MARÍA *
TIPO ZONA	SIN ZONA *	DESC. ZONA	VIA: AVENIDA *		
DIRECCION	AV. ARENALIZ	NÚMERO	1147		
HANZANA	LOTE	NÚMERO PISO	INTERIOR		
N. DE TRABAJADORES:	120 H *	50 F *	TELÉFONO: 001-7854431 *		

Ingresando los datos del trabajador (sección 3)

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

DATOS DEL TRABAJADOR					
DNI:			APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:	
NOMBRES:			GÉNERO:	-- Seleccionar -- *	
DEPARTAMENTO:	-- Seleccionar -- *	PROVINCIA:	-- Seleccionar -- *	DISTRITO:	-- Seleccionar -- *
TIPO ZONA	-- Seleccionar -- *	DESC. ZONA	VIA: -- Seleccionar -- *		
DIRECCION			NÚMERO		
HANZANA	LOTE	NÚMERO PISO	INTERIOR		
CATEGORÍA OCUPACIONAL:	-- Seleccionar --	ASEGURADO:	SALUD:		
EPS:		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 PERSONA * DEPARTAMENTO: -- Seleccionar -- *
Apellido paterno (*)	Apellido paterno del trabajador accidentado. Esta información se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.
Apellido materno (*)	Apellido materno del trabajador accidentado. Esta información se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.
Nombres (*)	Nombres completos del trabajador afectado. Esta información se visualizará automáticamente luego de ingresar correctamente el DNI.
Género (*)	Sexo del trabajador. Masculino o Femenino.
Departamento (*)	Departamento del domicilio 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 (*)	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 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 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 TRABAJADOR									
DNI:	20105256 *		APELLIDO PATERNO:		SALARZA *		APELLIDO MATERNO:		HUAMAN *
NOMBRES:	ELVIS SMITH *		GÉNERO:		MASCULINO *				
DEPARTAMENTO:	PIURA *		PROVINCIA:		HUANCABAMBA *		DISTRITO:		HUASCHALLA *
TIPO ZONA:	FUNDO *		DESC. ZONA:		ZONA AGROECOL *		VIA:		CARRETERA *
DIRECCION:	FUNDO HUANCABAMBA *		NUMERO:		20 *				
MANZANA:	10	LOTE:	5	NUMERO PISO:		INTERIOR:			
CATEGORIA OCUPACIONAL:	TECNICO *		ASEGURADO:		☐		ESSALUD:		☒
EPS:	☐		EDAD:		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 ENFERMEDAD OCUPACIONAL			
NOMBRE Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL:		Selecione...	
FACTOR RIESGO CAUSANTE			
FÍSICOS	QUÍMICOS	BIOLOGICOS	ERGONOMICO
PSICO-SOCIAL			
RUC CENTRO MEDICO ASISTENCIAL:	RAZON SOCIAL:		
FECHA DE INGRESO:			
NOMBRE DEL MEDICO	N° 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 trabajador. Ver tabla 6 del Anexo.
Sección: Factor Riesgo Causante	
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 existentes en el centro de trabajo. La naturaleza, intensidades, concentraciones o niveles de presencia de los agentes físicos, químicos y biológicos, presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.

	Los procedimientos, métodos de trabajo, tecnología, establecidos para la utilización o procesamiento de los agentes citados en el apartado anterior, que influyen en la generación de riesgos para los trabajadores. La organización y ordenamiento de las labores, relaciones laborales, incluidos los factores ergonómicos y psicosociales.
RUC del centro médico asistencial	Se registra el número del Registro Único de Contribuyente del Centro médico asistencial. Si se ingresa un número errado se visualizará un mensaje de error.
Razón social	Se registra el nombre del Centro Médico Asistencial Público, Privado, Militar, Policial, de Seguridad Social y/o Servicios de Salud Ocupacional donde el trabajador es diagnosticado 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 atendió el caso.

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

Vea el ejemplo:

DATOS DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL			
NOMBRE Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL:		ASMA PROFESIONAL CAUSADA POR AGENTES SENSIBILIZANTES O IRRITANTES	
FACTOR RIESGO CAUSANTE			
☐ FISICOS ☐ QUIMICOS ☒ BIOLOGICOS ☒ ERGONOMICO ☐ SECC - SOCIAL			
RUC CENTRO MEDICO ASISTENCIAL:	2039321560	RAZON SOCIAL:	CENTRO MEDICO TODO SALUD S.R.L.
FECHA DE INGRESO:	23/09/2010		
NOMBRE DEL MEDICO:	DEL RIO DONIALEZ MANUEL	Nº 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.



PERU
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 : 20487019659 - 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 : 84752589
N° TRABAJADORES : N° HOM N° MUJ CORREO : recursoshh@contra.com

II.- DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (donde ejecuta las labores)
RUC Y RAZÓN SOCIAL : 20487019659 - CONTRATISTAS CONSTRUCCIONES Y SERVICIOS E.I.R.
ACTIVIDAD ECONOMICA : 45201 - CONSTRUCCION DE EDIFICIOS COMPLETOS O DE PARTES ER ☐
UBIGEO : JUNIN - JUNIN - ULCUMAYO
DOMICILIO PRINCIPAL : COOPERATIVA ZONA CAFETERA CALLE LA FRONTERA 12 Maz. U Lot. 1 Num. Piso 2
TELEFONO : 84895252
N° TRABAJADORES : N° HOM N° MUJ

III.- DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO
DNI / NOMBRE COMPLETO : 20105256 - ELVIS SMITH GALARZA HUAMAN
EDAD : GENERO : MASCULINO
UBIGEO : JUNIN - CHANCHAMAYO - SAN RAMON
DOMICILIO : FUNDO FUNDO SAN RAMONCITO PLAZA PLAZA SAN CAMILO 266 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 MOVIMIENTOS
FACTOR DE RIESGO CAUSANTE : FISICOS ☐ S QUIMICO ☐ N BIOLOGICO ☐ N ERGONOMIC ☐ N SICO - ☐ N
RUC Y RAZÓN SOCIAL DEL CENTRO : 20393215580 - CENTRO MEDICO TODO SALUD S.R.L.
FECHA DE INGRESO : 23/09/2010
NOMBRE DEL MEDICO : DEL RIO GONZALEZ MANUEL N° COLEGIATURA : 0365625

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.

A screenshot of a web browser displaying the "Sistema de Accidentes de Trabajo SAT" interface. The browser's address bar shows the URL "http://sistema.mtpe.gob.pe/sat/seleccionaAccidenteTrabajo.do". The page has a blue header with the text "Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo" and a "PORTAL" link. Below the header, the title "Sistema de Accidentes de Trabajo SAT" is centered. The main content area is titled "LISTADO DE AVISOS DE ACCIDENTES DE TRABAJO". Under this title, there is a section for "Datos adicionales (*)" and a "DATOS DEL EMPLEADOR" form. The form includes fields for "TIPO DE AVISO" (with a dropdown menu showing "SELECCIONE"), "FECHA INICIO" (with a date picker), and "FECHA FIN" (with a date picker). There is a "BUSCAR" button and a text input field for "Ingrese link encontrado:". At the bottom of the form, there are three buttons: "Código", "Año", and "Fecha de Registro". A message at the bottom of the page states "NO SE ENCONTRARON DATOS PARA MOSTRAR."

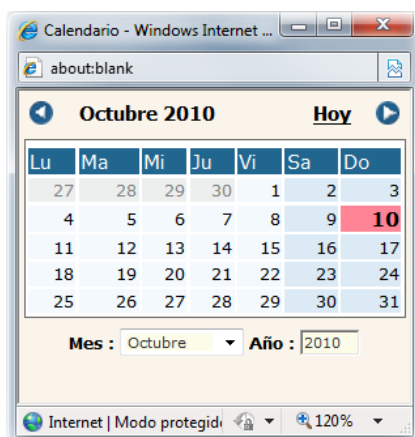
Para ubicar la declaración, primero se debe seleccionar el Tipo de Aviso declarado:

LISTADO DE /

Datos obligatorios ()*

TIPO DE AVISO	ACCIDENTE DE TRABAJO	FECHA FIN
FECHA INICIO	SELECCIONAR	
	ACCIDENTE MORTAL	
	INCIDENTE PELIGROSO	
	ACCIDENTE DE TRABAJO	
	ENFERMEDADES OCUPACIONALES	

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 **Fecha Fin**.



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.

Código	Año	Fecha de Registro	Imprimir
01042	2010	01/12/2010	



REPORTE DE NOTIFICACION DE ACCIDENTE MORTAL (Art. 75°)

N° REGISTRO : 01042

AÑO : 2010

PRESENTADO POR : null

I.- DATOS DEL EMPLEADOR

RUC Y RAZÓN SOCIAL : 1009885950 - RIVERA GAVIDIA YURI WALDO
ACTIVIDAD ECONOMICA : 7290 - OTRAS ACTIVIDADES DE INFORMATICA ER
UBIGEO : LA LIBERTAD - PACASMAYO - PACASMAYO
DOMICILIO PRINCIPAL : GRUPO FUNDO PUENTE PUENTE DE PIEDRA
TELÉFONO : 121212
N° TRABAJADORES : N° HOM 1 N° MUJ 1 CORREO :

II.- DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (donde ejecuta las labores)

RUC Y RAZÓN SOCIAL : 1009885950 - 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
TELÉFONO : 454545
N° TRABAJADORES : N° HOM 3 N° MUJ 2

III.- DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

DNI / NOMBRE COMPLETO : 07545121 - MARIA ESTHER CASTILLO REVOREDO
EDAD : 35 GÉNERO : MASCULINO
UBIGEO : AYACUCHO - LUCANAS - CHIPAO
DOMICILIO : PUEBLO JOVEN FUNDO PARQUE LAS CASTANAS
TELÉFONO :
CATEGORIA : CAPATAZ ASEGURADO : NO ESSALUD : SI
EPS : NO FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE : 01/12/2010 11:00
FORMA DEL ACCIDENTE : ESFUERZOS FISICOS O FALSOS MOVIMIENTOS
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.

Ningún ítem encontrado.
0

Código	Año	Fecha de Registro	Impresión
NO SE ENCONTRARON DATOS PARA MOSTRAR.			

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
o	Otros (especificar)

Tabla 2: ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA

Código CIIU	
A	Agricultura
B	Pesca
C	Minas y Canteras
D	Manufactura
E	Electricidad, Gas y Agua
F	Construcción
G	Comercio
H	Hoteles y Restaurantes
I	Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones
J	Intermediación Financiera
K	Activ. Inmob. Empresariales
L	Administración Pública y defensa
M	Enseñanza
N	Servicios Sociales y de Salud
O	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
Instalaciones 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, neumáticas, 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 factores 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	Muñeca
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)

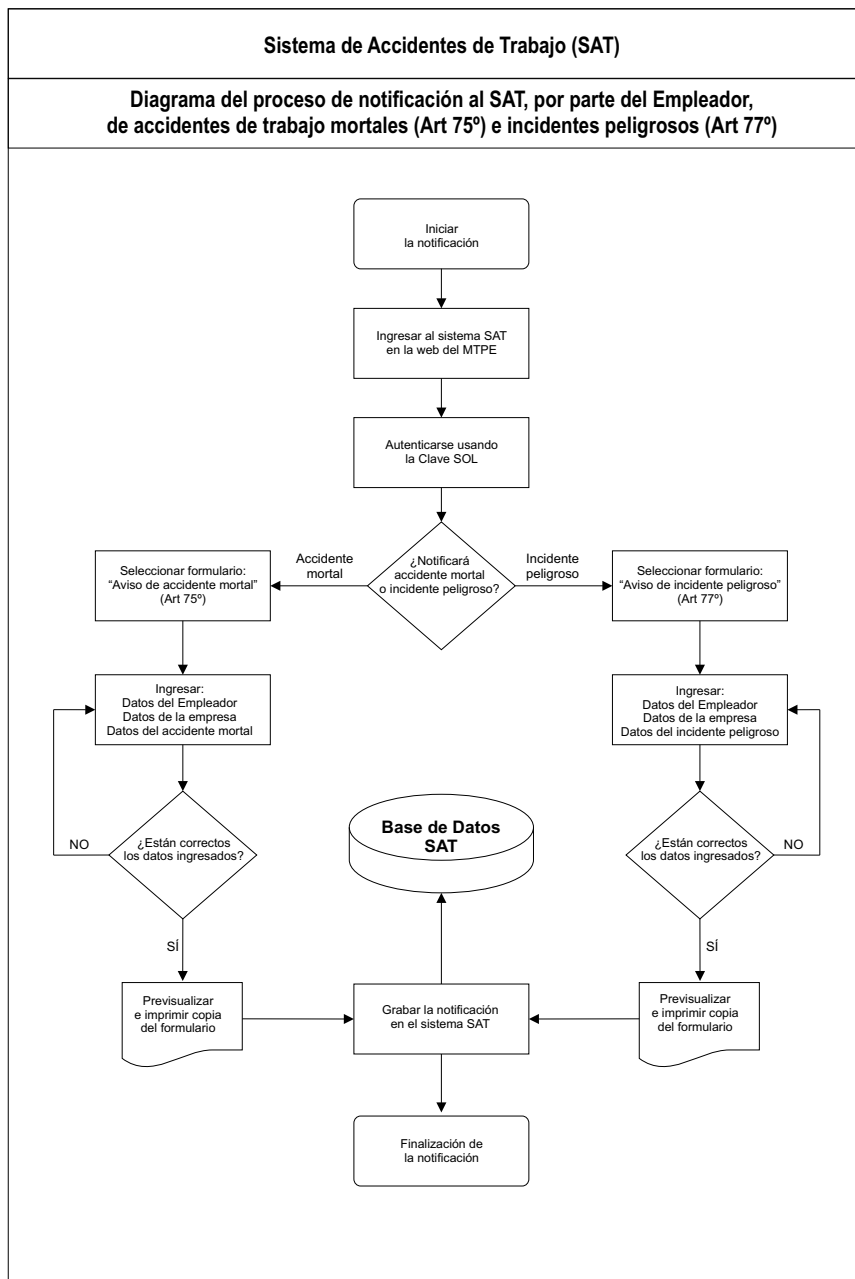
5	Herida de bala
6	Herida de tejidos
7	Contusiones
8	Traumatismos internos
9	Torceduras y esguinces
10	Luxaciones
11	Fracturas
12	Amputaciones
13	Gangrenas
14	Quemaduras
15	Cuerpo extraño en ojos
16	Enucleación (pérdida ocular)
17	Intoxicaciones
18	Intoxicaciones por plaguicidas
19	Asfixia
20	Efectos 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, silicocaolinos 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

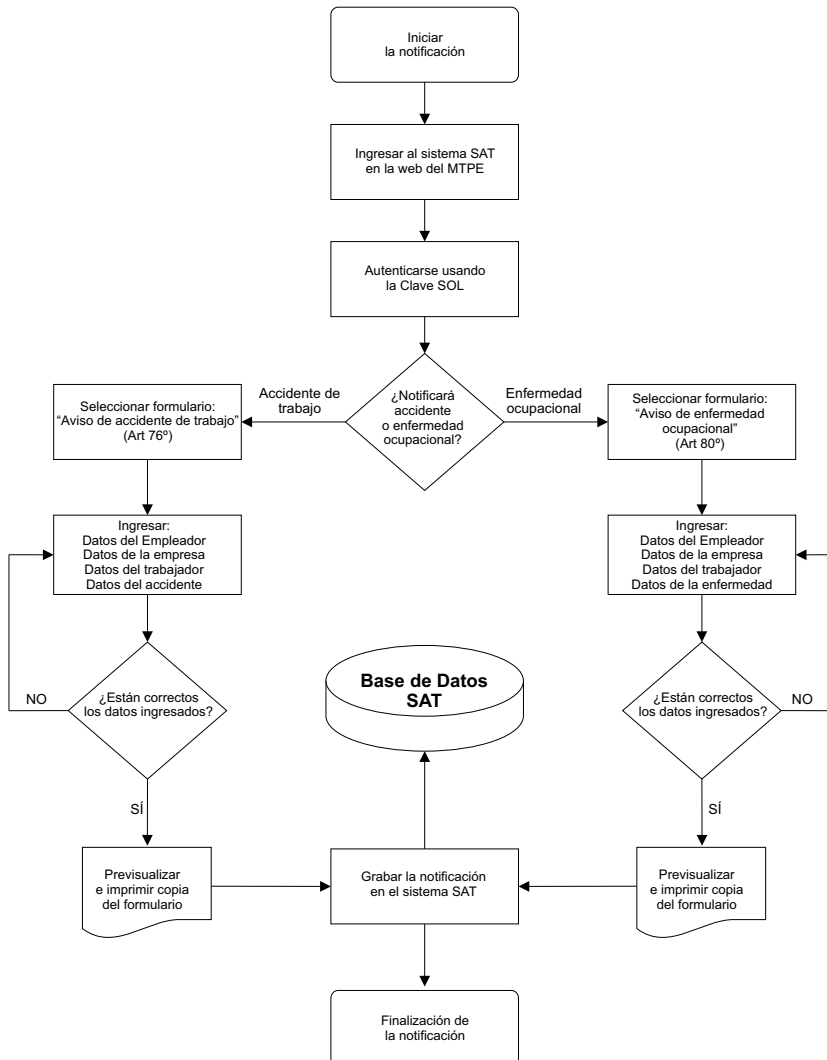
12	Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetidos en el trabajo
13	Enfermedades provocadas por trabajos bajo presión de aire y agua
14	Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes
15	Virus de hepatitis b, hepatitis c, VIH y otras infecciones víricas
16	Mycobacterium tuberculosis
17	Leishmania 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 cardíacas
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



Sistema de Accidentes de Trabajo (SAT)

Diagrama del proceso de notificación al SAT por parte del Centro Médico Asistencial de accidentes de trabajo (Art 76º) y enfermedades ocupacionales (Art 80º)



The background of the page is a photograph of a construction site. In the foreground, there's a blue tarp or surface. In the background, there are construction materials, including what looks like a red hard hat and some wooden structures. Overlaid on this image is a large, semi-transparent watermark that reads 'SAT' in a bold, sans-serif font, with 'SVT' below it, partially obscured by a horizontal line.

SAT SVT

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