

FORMATO N° 2
REPORTE FINAL

Emergencia N°: ____ ¹	Año 20__
Hidrocarburos Líquidos y/o GLP ²	()
Gas Natural ³	()
Accidente	()
Incidente	()

1. DATOS DEL ADMINISTRADO			
Nombre o Razón Social:			
Representante legal:			
Registro de Hidrocarburos:		Placa(s) del vehículo (de ser el caso):	
Domicilio legal:		Distrito:	
Provincia / Departamento:		Email:	
Teléfono(s):	RUC:	Actividad:	
PERSONA(S) DE CONTACTO(S):		TELÉFONO(S) DE CONTACTO(S) - FAX:	
2. DEL EVENTO			
Fecha:	Hora Inicio:	Hora de Término:	
Lugar donde ocurrió el evento.	En una Instalación Fija ()	En un Medio de Transporte ()	
	Dirección u ubicación:		
	Distrito:	Provincia:	Departamento:
DESCRIPCION DETALLADA DEL EVENTO⁴:			

¹ Enumerar de manera correlativa las emergencias reportadas durante el año calendario en curso.

² Cuando la emergencia corresponda a esta opción, el presente formato deberá ser remitido a la Gerencia de Fiscalización de Hidrocarburos Líquidos (GFHL) de OSINERGMIN vía fax (01 – 2645598), Mesa de Partes o al correo electrónico emergenciasGFHL@osinerg.gob.pe.

³ Cuando la emergencia corresponda a esta opción, el presente formato deberá ser remitido a la Gerencia de Fiscalización de Gas Natural (GFGN) de OSINERGMIN vía fax (01 – 2645597), Mesa de Partes o vía electrónica habilitada por la GFGN.

⁴ La descripción deberá hacerse de manera detallada precisando secuencialmente el tipo y la(s) causa(s) del accidente, fecha y hora de la ocurrencia, las acciones y coordinaciones realizadas, los daños generados, las personas afectadas y las consecuencias respectivas. En caso se consigne información diferente a lo indicada en el Reporte Preliminar, deberán sustentarse las variaciones. De igual forma para cualquier variación de datos en el presente reporte.

CAUSAS QUE ORIGINARON EL EVENTO:			
¿Se puso en marcha el Plan de Contingencias? Si () No () Explicar:			
Póliza de Seguro N°:		Tipo:	Cía. De Seguros:
3.- CONSECUENCIAS DEL EVENTO			
3.1. ACCIDENTE		APLICA () NO APLICA ()	
Con daños personales ⁵		Leve ()	Grave () Fatal ()
Con daños materiales		SI ()	NO ()
NOMBRE(S) DE EL(LOS) ACCIDENTADO (S) Y SU RELACIÓN CON EL ADMINISTRADO			
1.-			
2.-			
3.-			
Indicar las capacitaciones recibidas por la(s) persona (s) involucradas en el evento:			
1.			
2.			
3.			
3.2. DERRAME O FUGA DE HIDROCARBUROS LIQUIDOS Y/O GLP			APLICA () - NO APLICA ()
Tipo de producto:	GLP ()	Hidrocarburos Líquidos ()	Especificar producto:
Volumen aproximado del derrame o fuga	_____ Galone s	_____ Galone s	
Área Involucrada aproximada ⁶ :			(m ²)
DETALLE LAS ACCIONES REALIZADAS:			
Cantidad del hidrocarburo recuperado:			
Cantidad del hidrocarburo no recuperado:			

⁵ Los accidentes con daños personales se clasifican en:

- **Leve:** Es aquél que ocasiona lesión a la persona que requiere tratamiento médico ambulatorio y no requiere descanso médico.
- **Grave:** Es aquél que ocasiona lesión a la persona y cuyo resultado es que la persona accidentada requiera 24 horas o más de descanso médico.
- **Fatal:** Es aquél que produce la muerte a la persona de inmediato o posteriormente como consecuencia de dicho evento.

⁶ Se consignará en "m²" en los casos que corresponda.

3.3. FUGA DE GAS NATURAL		APLICA () NO APLICA ()	
Tipo de producto:	GNV ()	GNC ()	GNL ()
Volumen aproximado de la fuga	_____ m ³ estándar	_____ m ³ estándar	_____ m ³ estándar
Condición Estándar: Temperatura de 15,5 °C (60 °F) y Presión de 1013,25 milibar (1 Atm.)			
DETALLE LAS ACCIONES REALIZADAS:			
4. ACCIONES CORRECTIVAS (Para corregir y/o evitar el evento descrito y sus consecuencias)			
Medidas a adoptar:	Responsable:	Fecha prevista para su realización o implementación:	
1.			
2.			
3.			
5. ESTADO DE LA INSTALACIÓN O MEDIO DE TRANSPORTE DESPUES DEL ACCIDENTE ⁷			
OPERATIVO ()	INOPERATIVO PARCIAL ()	INOPERATIVO TOTAL ()	
6. DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:			
Croquis del lugar del accidente. (Obligatorio siempre)			
Fotografías: (Obligatorio siempre)			
Análisis de procedimiento seguro:			
Parte Policial: (Obligatorio en caso de Emergencias ocurridas en la operación de un Medio de Transporte y en caso de Cilindros de GLP)			
Partes médicos: (Obligatorios en caso de Accidentes) ⁸			
Otros (Especificar):			
7. DEL REPORTE			
Del ingeniero responsable de la seguridad y de la investigación realizada:	Del Médico tratante:	Del representante legal:	
Firma:	Firma:	Firma:	
Nombre y Apellidos :	Nombre y Apellidos :	Nombre y Apellidos :	
DNI ó CE:	DNI	DNI ó CE:	
Registro CIP:	Registro CMP:		

⁷ - **Operativo:** Cuando no ha sufrido daños que impidan el normal desarrollo de sus operaciones.

- **Inoperativo Parcial:** Cuando una parte de las instalaciones han sido afectadas por el evento pero que no conllevan al cese de sus operaciones de manera total.

- **Inoperativo Total:** Cuando la unidad no está en condiciones de seguir operando de manera definitiva.

⁸ El parte médico deberá contener como mínimo lo siguiente: Fecha y hora de la atención médica, lugar de la atención, Tipo de Lesión (leve, grave o fatal), lesiones sufridas por cada persona accidentada, diagnóstico, tiempo de hospitalización, tiempo de descanso médico, Nombre y Firma del Médico tratante indicando el Registro CMP.