**ANEXO N° 1**

FORMATO DE

COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE RELACIONADO CON INSTALACIONES ELÉCTRICAS, PARA EL PLAZO DE 24 HORAS

El propietario u operador de la instalación deberá comunicar el accidente a la Superintendencia, dentro del plazo de **24 horas** de ocurrido el hecho o de su toma de conocimiento, en conformidad a lo establecido en el artículo 17° del Decreto Supremo N°109/2017, “Reglamento de Seguridad de las Instalaciones Eléctricas destinadas a la Producción, Transporte, Prestación de Servicios Complementarios, Sistemas de Almacenamiento y Distribución de Energía Eléctrica”, de acuerdo al siguiente formato:

1. **Número Identificador:**

Identificador único e irrepetible dado por la empresa al accidente informado, el cual tendrá la siguiente configuración:

**ID empresa+ID informe+año+correlativo**

ID empresa: Código STAR de la empresa (ccc).

ID informe: Código de reporte de accidente, según lo siguiente:

A: correspondiente a informe de 24 horas

B: correspondiente a informe de 30 días

C: correspondiente a informe de 60 días

Año: Año del accidente (aaaa).

Correlativo: N° de accidente único y correlativo por empresa/año (nnn). Se reinicia cada año.

Ejemplo: 010B2019002

1. **Identificación de la Instalación Eléctrica**

|  |  |
| --- | --- |
| Clasificación de la Instalación Eléctrica (marque con x) | Nombre de la instalación |
|  | Producción (Central/Unidad): |  |
|  | Transporte (LLTT/Tramo): |  |
|  | Distribución (Alimentador): |  |
|  | Prestación de Servicios Complementarios: |  |
|  | Otro (especificar): |  |
| Tensión (kV) |  |  |
| Potencia (especificar en cuadro correspondiente) | kVA | MVA |
|  |  |
| Otra información que permita identificar la instalación: |

1. **Identificación de la Empresa (propietario u operador)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Empresa |  |
| RUT Empresa |  |
| Domicilio Legal |  |
| Representante Legal de la Empresa |  |
| Responsable del informe de accidente |  |
| Cargo del responsable |  |
| Correo electrónico del responsable |  |

1. **Información general del accidente**

|  |  |
| --- | --- |
| Región |  |
| Comuna |  |
| Lugar exacto del accidente |  |
| Fecha (dd/mm/aaaa) |  |
| Hora de toma conocimiento (hh:mm) |  |
| Tiempo de normalización real o estimado de la operación (hh:mm) |  |
| Existe evidencia de la participación de terceros (sin relación con la empresa) |  Si No  |

1. **Descripción de los hechos**

Breve descripción de los hechos constitutivos del accidente.

1. **Consecuencias (Información disponible al momento de cierre del Anexo 1)**

|  |
| --- |
| **Daños a las personas:** |
| Número de personas lesionadas |  |
| Número de personas fallecidas |  |
| **Daños estimados a la propiedad:**  |
| Estimación preliminar de daños a las instalaciones y/o equipos propios |  |
| Estimación preliminar de daños materiales a terceros |  |
| **Descripción daños Medio Ambiente:** Si No |
| Especificar: |

**VII. Organismos que concurrieron al accidente**

|  |  |
| --- | --- |
| **Organismo** | **Especificar** |
| Seremi de Salud |  |
| Inspección del Trabajo |  |
| Mutual |  |
| Centro Asistencial u Hospitalario |  |
| Carabineros  |  |
| Compañía de Bomberos |  |
| Personal Propio o Contratistas |  |
| Cuerpos apoyo otras empresas |  |
| Personal municipal |  |
| Otros (especificar) |  |

1. **Medidas de emergencia implementadas (dentro de las 24h)**

Describirlas.