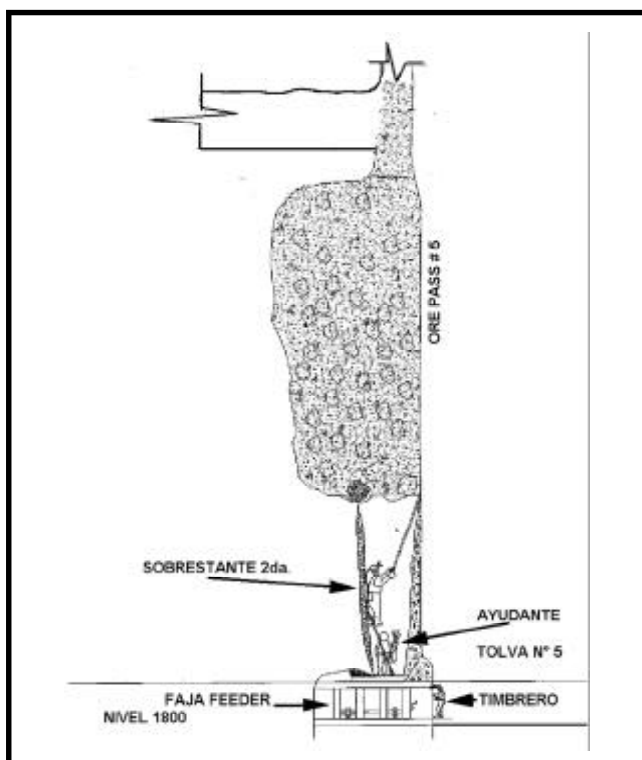
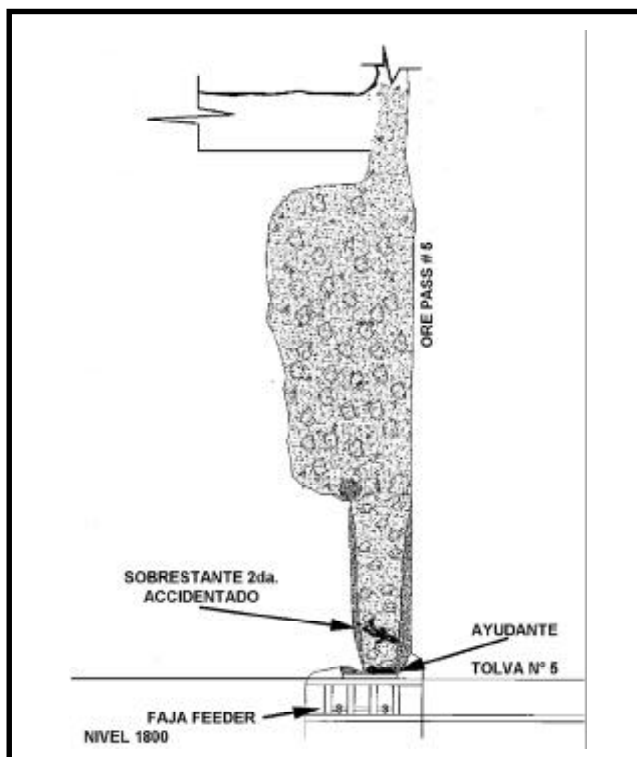


# OTROS



A  
N  
T  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E

D  
E  
S  
P  
U  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E



**I. DATOS PERSONALES**

ACCIDENTE MULTIPLE : N° 01 - 98.  
 OCUPACION : Sobrestante 2da.  
 EDAD, ESTADO CIVIL : 62 años, casado.  
 FECHA, HORA DEL ACCIDENTE : 31 - Enero - 1998, Hrs: 12:50 A.M.  
 LUGAR DEL ACCIDENTE : Nivel 1800, Tolva N° 5 Faja Feeder, Mina Lourdes.  
 TIEMPO DE SERVICIO : 03 años, 02 meses, Cero días.  
 MINA - UNIDAD DE PRODUCCION : Cerro de Pasco.  
 PERSONAL DE : Compañía.  
 EMPLEADOR : Empresa Minera del Centro de Perú S.A.  
 DISTRITO, PROVINCIA Y DPTO. : Yanacancha, Pasco, Pasco.

**II. CIRCUNSTANCIAS**

Se encontraba junto con su ayudante dentro del Ore Pass de la Tolva N° 5 y se disponía a subir la escalera para indicarle al ayudante, (quien se hallaba en la parte alta de la escalera, debajo del mineral "suspendido") el lugar exacto donde debía de colocar la plasta, instantes en que el timbrero salía del Ore Pass, sorpresivamente se produjo la caída del mineral "atracado" en el interior del Ore Pass, sepultándolos totalmente, causándoles la muerte en el acto, el timbrero fue lanzado fuera de la Tolva N° 5 (sobre la Faja), sufriendo sólo contusiones leves.

**III. CLASIFICACION DEL ACCIDENTE**

1.- SEGUN EL TIPO : Otros (Descampaneo del Ore Pass N° 5)  
 2.- SEGUN LA LESION : Traumatismo encéfalo craneano.  
 3.- SEGUN EL ORIGEN : Condición insegura y acto inseguro.  
 4.- SEGUN LA PREVISION : Previsible.

**IV. CAUSAS DEL ACCIDENTE**

1.- CONDICIONES INSEGURAS

- a.- Mineral suspendido en la parte alta del Ore Pass de la Tolva N° 5.
- b.- Carga suspendida y perturbada con eminente riesgo de caer, puesto que seguían echando mineral al Ore Pass en los niveles superiores cuando se realizaban los trabajos de plasteo.

2.- ACTOS INSEGUROS

- a.- Negligencia temeraria por parte del sobrestante y otros, al realizar trabajos de plasteo en el interior del Ore Pass, ya que minutos antes había sucedido un incidente en el interior del mismo al quedar atrapado sus piernas con mineral que se desprendió de la carga suspendida.

**V. MEDIDAS PREVENTIVAS**

- 1.- Habilitar a alturas adecuadas, accesos y/o ventanas con compuertas seguras que permitan desatorar los constantes "campaneos" en el Ore Pass, sin riesgo alguno. (Chimenea en H)
- 2.- Reducir la luz en las parrillas a no mayor de 20 centímetros SEGUN reglamento, de esta forma evitar el paso de bancos de mineral, que son causa de los "campaneos" en los echaderos.
- 3.- Capacitar al personal sobre prevención de riesgo en tolvas y Ore Passes.

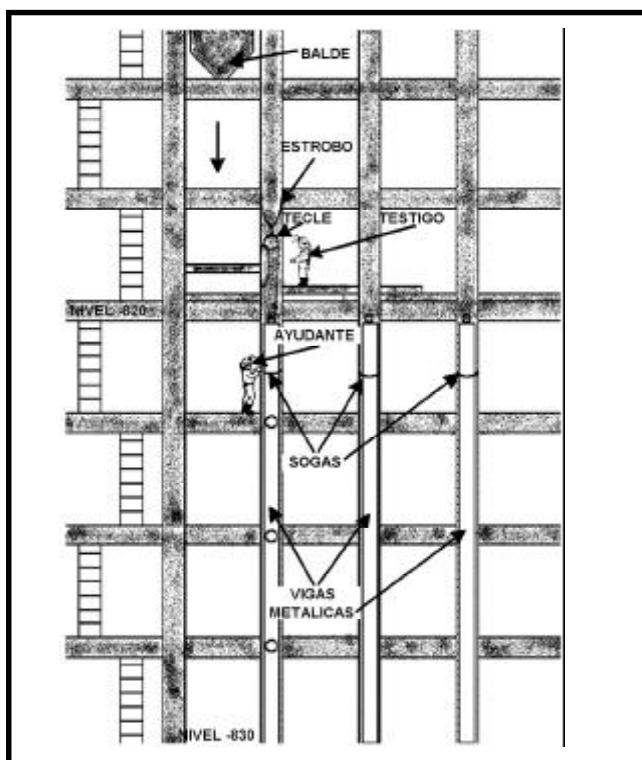
**VI. CONCLUSIONES**

- 1.- El accidente fatal ocurrido, es resultado de las condiciones inseguras y actos inseguros totalmente previsible.
- 2.- Existió negligencia, por parte del sobrestante y el timbrero, al ingresar temerariamente a un echadero con mineral suspendido, en el cual todavía se continuaba echando mineral desde los niveles superiores.
- 3.- Existe responsabilidad de la supervisión, por permitir al personal realizar trabajos de plasteo en el interior del Ore Pass, sin utilizar los procedimientos adecuados para este tipo de trabajos, con el agravante que estuvo presente en todo el acontecimiento el Asistente Superintendente de Mina.

**VII. RECOMENDACIONES**

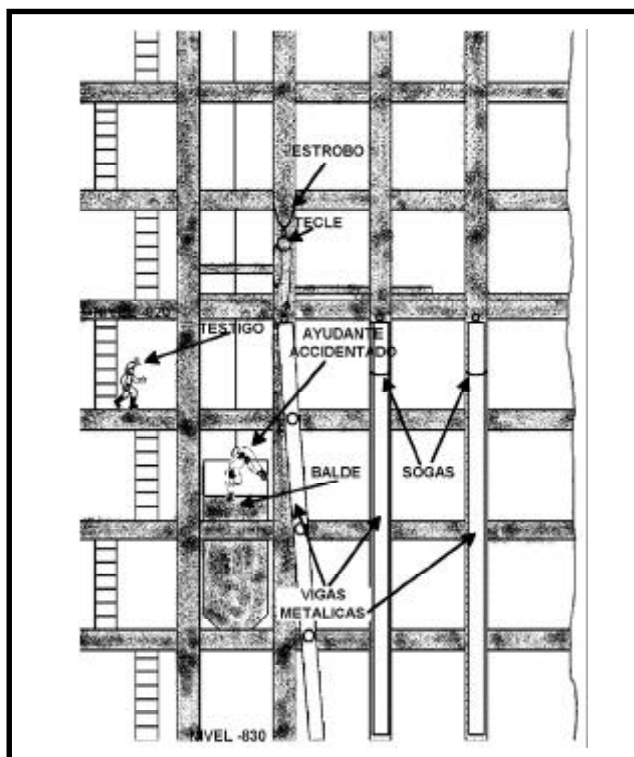
- 1.- Se deberá aprobar un manual de procedimientos, como parte del Reglamento Interno de Seguridad, para desatorar el mineral suspendido de los Ore Pass, para evitar accidentes similares al presente.
- 2.- Intensificar las charlas de seguridad sobre las causas que originaron el presente accidente, incentivando el conocimiento y el cumplimiento del manual que se señala en el numeral 1 de las recomendaciones.

# OTROS



A  
N  
T  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E

D  
E  
S  
P  
U  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E



**I. DATOS PERSONALES**

ACCIDENTADO : N° 02 - 98.  
 OCUPACION : Ayudante.  
 EDAD, ESTADO CIVIL : 24 años, casado.  
 FECHA, HORA DEL ACCIDENTE : 24 - Febrero - 1998, Hrs: 11.20 A.M.  
 LUGAR DEL ACCIDENTE : Pique Picaso, Tolva de Carguío, Nv-820, altura del cuadro N° 121.  
 TIEMPO DE SERVICIO : Cero años, 03 meses, 24 días.  
 MINA - UNIDAD DE PRODUCCION : Milpo.  
 PERSONAL DE : Consorcio G y M. OBSA.  
 EMPLEADOR : Compañía Minera Milpo S.A.  
 DISTRITO, PROVINCIA Y DPTO. : Yarusyacán, Pasco, Pasco.

**II. CIRCUNSTANCIAS**

Al levantar la columna metálica con el teclé, se da cuenta que estaba amarrada al cuadro N° 121 del Pique Picaso (Nivel -820), por lo que decide bajarse y situarse en la sección de izaje, tratando de desatar la soga, es cuando baja el balde y lo engancha golpeándole en la cabeza, quedando en posición cúbito ventral sobre el marco del balde, inmediatamente paran el balde para auxiliario y lo trasladan a la bocamina "La Quinua", aún con signos vitales, luego es evacuado al Hospital de Huariaca, dejando de existir en el trayecto.

**III. CLASIFICACION DEL ACCIDENTE**

1.- SEGUN EL TIPO : Otros (Manipulación de materiales)  
 2.- SEGUN LA LESION : Traumatismos cráneo encefálico.  
 3.- SEGUN EL ORIGEN : Condición insegura y acto inseguro.  
 4.- SEGUN LA PREVISION : Previsible.

**IV. CAUSAS DEL ACCIDENTE**

1.- CONDICIONES INSEGURAS

- a.- Sección de izaje sin protección lateral, de un tabique (entablado o forrado) , que lo independice para el uso exclusivo del balde.
- b.- Balde de izaje en movimiento, cuando se realizaban los trabajos de profundización en el Pique.

2.- ACTOS INSEGUROS

- a.- Acto temerario y exceso de confianza por parte del ayudante, al bajar por la sección de izaje y ubicarse en ese mismo lugar, para desatar la soga que amarraba la viga metálica.
- b.- Falta de coordinación en los trabajos en el pique.

**V. MEDIDAS PREVENTIVAS**

- 1.- Formar círculos de calidad.
- 2.- Desarrollar un programa agresivo de instrucciones de seguridad y entrenamiento, para el personal de profundización del Pique, con evaluaciones y distribución de cartillas referentes a la prevención de accidentes.
- 3.- Cumplir con el Reglamento de Seguridad e Higiene Minera.

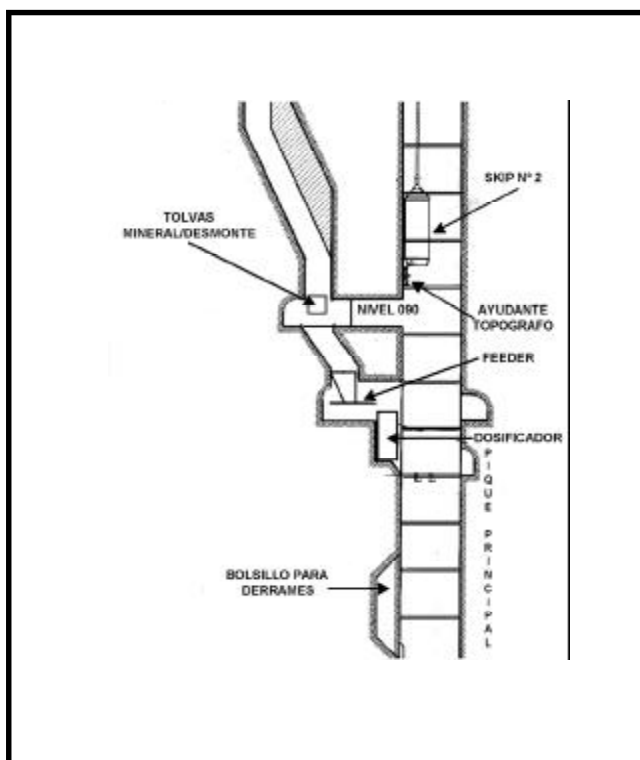
**VI. CONCLUSIONES**

- 1.- El accidente fatal ocurrido, es resultado de las condiciones inseguras y actos inseguros previsibles.
- 2.- Existió exceso de confianza y acto temerario por parte del ayudante al bajar por la sección de izaje y ubicarse en ese compartimento, para desatar la soga amarrada a la viga metálica.
- 3.- Existe responsabilidad de la supervisión de "Consorcio GyM-OBSA", por permitir el movimiento del balde, sin haber independizado la sección de izaje, estando en plena labor el personal de profundización del Pique.

**VII. RECOMENDACIONES**

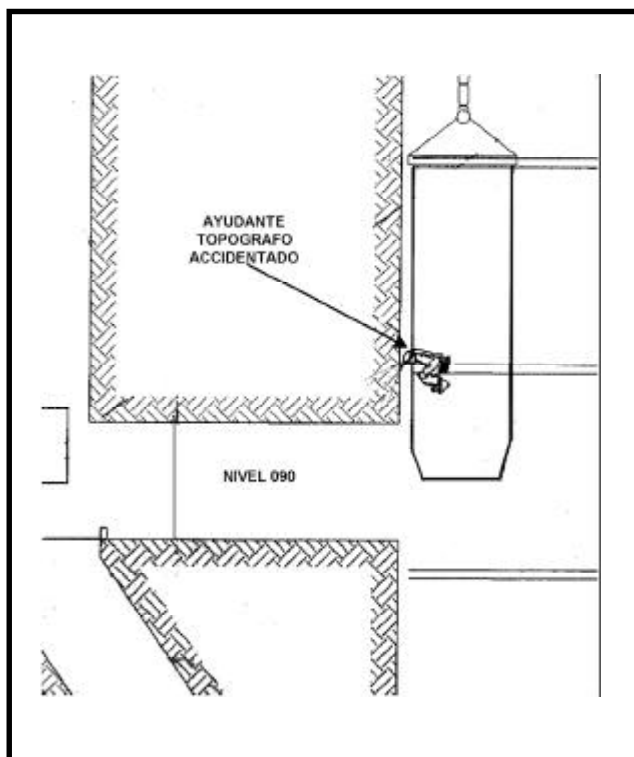
- 1.- Se deberá intensificar las charlas de seguridad teórico-prácticas, sobre los procedimientos de seguridad en piques, a todos los supervisores, capataces y obreros de "Consorcio GyM-OBSA" de mina.
- 2.- Se deberá realizar una supervisión permanente durante las operaciones de profundización del Pique Picaso, para lo cual se nombrará un supervisor de seguridad en forma permanente.

# OTROS



A  
N  
T  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E

D  
E  
S  
P  
U  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E



**I. DATOS PERSONALES**

ACCIDENTADO : N° 03 - 98.  
 OCUPACION : Ayudante topógrafo.  
 EDAD, ESTADO CIVIL : 29 años, soltero.  
 FECHA, HORA DEL ACCIDENTE : 07 - Abril - 1998, Hrs: 9: 30 A.M.  
 LUGAR DEL ACCIDENTE : Pique Principal, Nivel 090, Mina Carmen  
 TIEMPO DE SERVICIO : 01 año, 02 meses, 24 días.  
 MINA - UNIDAD DE PRODUCCION : Uchucchacua.  
 PERSONAL DE : Contrata Servicios Múltiples J. Rojas EIRL. "SERVIMUL"  
 EMPLEADOR : Compañía de Minas Buenaventura S.A.  
 DISTRITO, PROVINCIA Y DPTO. : Oyón, Oyón, Lima.

**II. CIRCUNSTANCIAS**

Se encontraba a órdenes del topógrafo ubicado sobre la viga del set (lado derecho) para realizar mediciones, mientras que su compañero se ubicaba al otro extremo de la viga (lado escalera) , a la altura del nivel 090 del Pique Principal, es cuando el skip N° 2 baja sorpresivamente y lo presiona contra la estructura del Pique, quedando montado en la viga del set, en estado inconsciente, fue auxiliado y rescatado aún con signos de vida, luego evacuado al hospital dejando de existir en el trayecto.

**III. CLASIFICACION DEL ACCIDENTE**

1.- SEGUN EL TIPO : Otros (Caída de equipo)  
 2.- SEGUN LA LESION : Traumatismos múltiples.  
 3.- SEGUN EL ORIGEN : Acto inseguro.  
 4.- SEGUN LA PREVISION : Previsible.

**IV. CAUSAS DEL ACCIDENTE**

1. CONDICIONES INSEGURAS.
  - a.- Falta de guardas, protección aislando al hombre de la ruta de desplazamiento de las jaulas.
- 2.- ACTOS INSEGUROS
  - a.- No hubo una planificación debidamente organizada y escrita, por parte de Ingeniería para la ejecución de trabajos de topografía, con los diferentes Departamentos de Mina subsuelo.
  - b.- Falta de coordinación y comunicación entre los supervisores responsables y el personal subalterno de operadores de wincha.
  - c.- Deficiente supervisión y control de las secciones de operación Mina y Proyectos.
  - d.- Imprudencia temeraria del topógrafo, al ordenar a su ayudante que se ubique en una zona de alto riesgo, sin antes haber comunicado a la casa wincha sobre los trabajos a realizar.
  - e.- Exceso de confianza por parte del ayudante topógrafo, al ubicarse en una zona de alto riesgo sin percatarse de los riesgos existentes en la zona de trabajo, como es el skip en operación.

**V. MEDIDAS PREVENTIVAS**

- 1.- Disponer que los trabajos en los Piques sean debidamente planificados y de conocimiento de todos los Departamentos.
- 2.- Exigir mayor coordinación entre las distintas secciones de Mina subsuelo, con la casa wincha (skip y/o jaula), para evitar accidentes de similares.

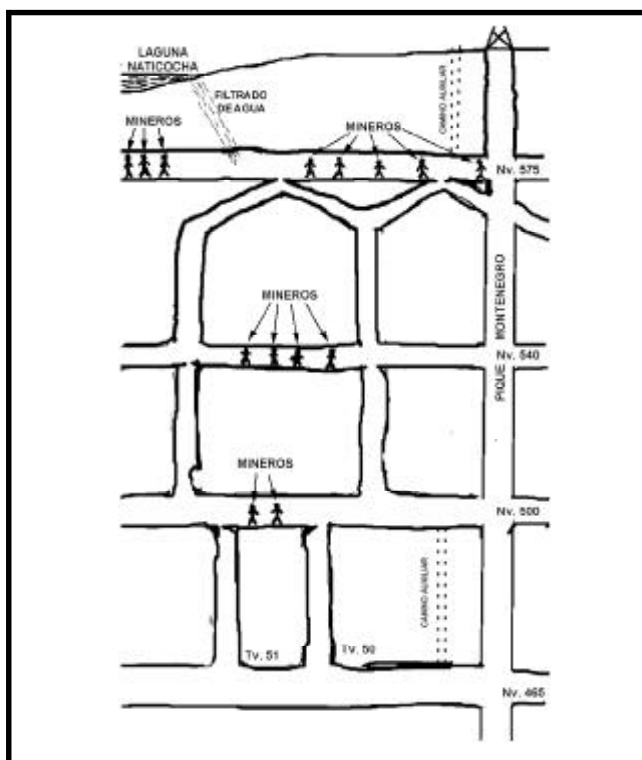
**VI. CONCLUSIONES**

- 1.- El accidente fatal ocurrido, es resultado de los actos inseguros previsible.
- 2.- Existe responsabilidad de la supervisión, por permitir al personal de ingeniería, realizar trabajos topográficos en el nivel 090 del Pique Principal, sin antes haber planificado y coordinado debidamente el trabajo a realizar.
- 3.- Exceso de confianza por parte del ayudante, al subir a la viga del set del Pique, sin percatarse de los riesgos existentes en la zona de trabajo.

**VII. RECOMENDACIONES**

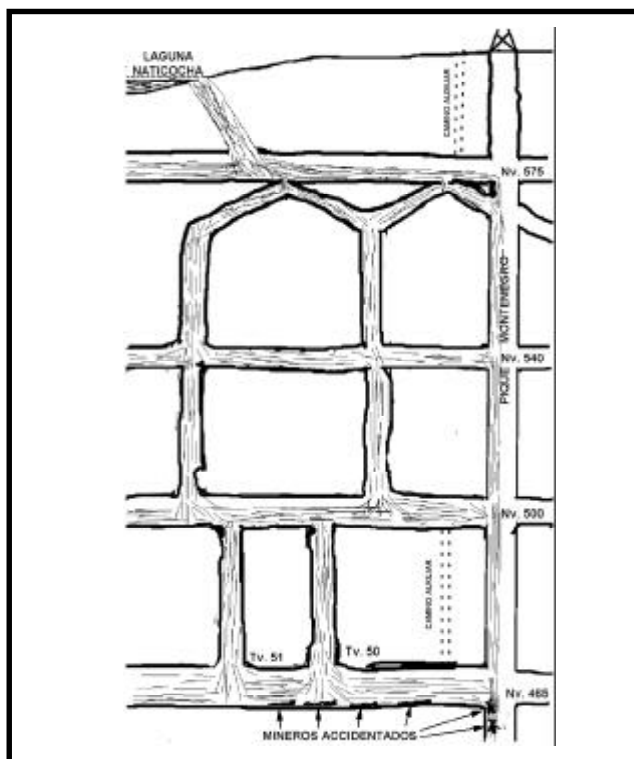
- 1.- La Compañía, mediante el Departamento de Seguridad, deberá desarrollar un programa integral de instrucciones de seguridad y capacitación, para topógrafos, ayudantes y mecánicos que laboran en mina subsuelo, sobre las normas de seguridad y procedimientos apropiados para trabajos en piques.
- 2.- La Compañía, deberá exigir a todo el personal de la unidad de producción Uchucchacua el estricto cumplimiento de las normas de su propio Reglamento Interno de Seguridad y del Reglamento de Seguridad e Higiene Minera.
- 3.- Se deberá cumplir estrictamente con la disposición de paralizar la operación de la jaula o skip, cuando se van a realizar trabajos en el Pique.
- 4.- Conforman círculos de calidad o equipo de trabajo para discutir las prácticas utilizadas en cada trabajo.

# OTROS



A  
N  
T  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E

D  
E  
S  
P  
U  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E



**I. DATOS PERSONALES**

ACCIDENTE MULTIPLE : N° 04 - 98.  
 OCUPACION : Minero.  
 EDAD, ESTADO CIVIL : 30 años, casado.  
 FECHA, HORA DEL ACCIDENTE : 23 - Abril - 1998, Hrs: 6:45 A.M.  
 LUGAR DEL ACCIDENTE : Lado Este de la Laguna Naticocha, sobre la Veta Nor-Este.  
 TIEMPO DE SERVICIO : 07 años, 02 meses, 12 días.  
 MINA - UNIDAD DE PRODUCCION : Animón.  
 PERSONAL DE : Compañía.  
 EMPLEADOR : Empresa Administradora de Chungar S.A.  
 DISTRITO, PROVINCIA Y DPTO. : Huayllay, Pasco, Pasco.

**II. CIRCUNSTANCIAS**

Se encontraban laborando en el nivel 540 con sus compañeros, cumpliendo la orden de su supervisor, de la misma manera que otros catorce mineros se encontraban en otros niveles de la mina; en esas circunstancias, siendo las 6:45 a.m., se produce el hundimiento del material de relleno, en el lugar del agrietamiento que se había detectado un día antes; es decir, en el lado Este de la Laguna Naticocha y sobre la Veta Nor-Este del nivel 575. Ocurrido el hundimiento, catorce de los mineros logran escapar al Pique Esperanza, mientras que él es atrapado y aplastado por la masa de gran peso, produciendo su muerte en el acto, al igual que cinco de sus compañeros. Luego de intensa búsqueda de varios meses y tras la remoción de escombros, hasta la fecha su cuerpo y el de sus cuatros compañeros fueron hallados, faltando encontrar hasta la fecha uno de los cuerpos.

**III. CLASIFICACION DEL ACCIDENTE**

1.- SEGUN EL TIPO : Otros (Hundimiento de masa de gran peso).  
 2.- SEGUN LA LESION : Politraumatismo.  
 3.- SEGUN EL ORIGEN : Condición insegura.  
 4.- SEGUN LA PREVISION : Previsible.

**IV. CAUSAS DEL ACCIDENTE**

2.- CONDICION INSEGURA

- a.- La existencia de tajeos antiguos sin relleno alguno, que fue erosionándose por efecto de la filtración de agua de la Laguna Naticocha, que finalmente sólo dejó un puente de roca debilitado, entre el nivel 575 y el lado este de la Laguna en mención.
- b.- La existencia de una fisura detectada, un día antes del accidente en el nivel 575 de la veta Nor-Este, discurriendo un caudal de 20 lit/seg. aproximadamente al interior de la mina.
- c.- En superficie y sobre la orilla Este de la Laguna Naticocha, se presentaron varias fisuras.
- d.- Debilitamiento y fatiga del escaso puente de roca, debido al tránsito de equipo pesado, a efecto de rellenar las fracturas y fisuras detectadas en dicho lugar, un día antes del colapso.
- e.- Falta de un adecuado control tectónico de la presencia de fisuras y la resistencia de la presión de la masa de agua sobre los puentes de rocas

**V. MEDIDAS PREVENTIVAS**

- 1.- Usar los impermeabilizantes más convenientes, sean estos; arcilla, margas, bolsas cret, material tratado, geomembranas, etc. que logre eliminar totalmente la filtración de agua a mina subsuelo.
- 2.- Realizar el estudio permanente del comportamiento geomecánico e hidrológico de todo el Nivel 540 y su relación con el Nivel 465.

**VI. CONCLUSIONES**

- 1.- El accidente fatal ocurrido, es resultado de las condiciones inseguras totalmente previsibles.
- 2.- Existe responsabilidad de la supervisión de la Compañía, por tener labores antiguas vacías, con el agravante de ubicarse éstas, debajo de la Laguna Naticocha, y por no planificar debidamente los trabajos de emergencia, con lo cual se hubiera evitado la pérdida de seis vidas y daños materiales.

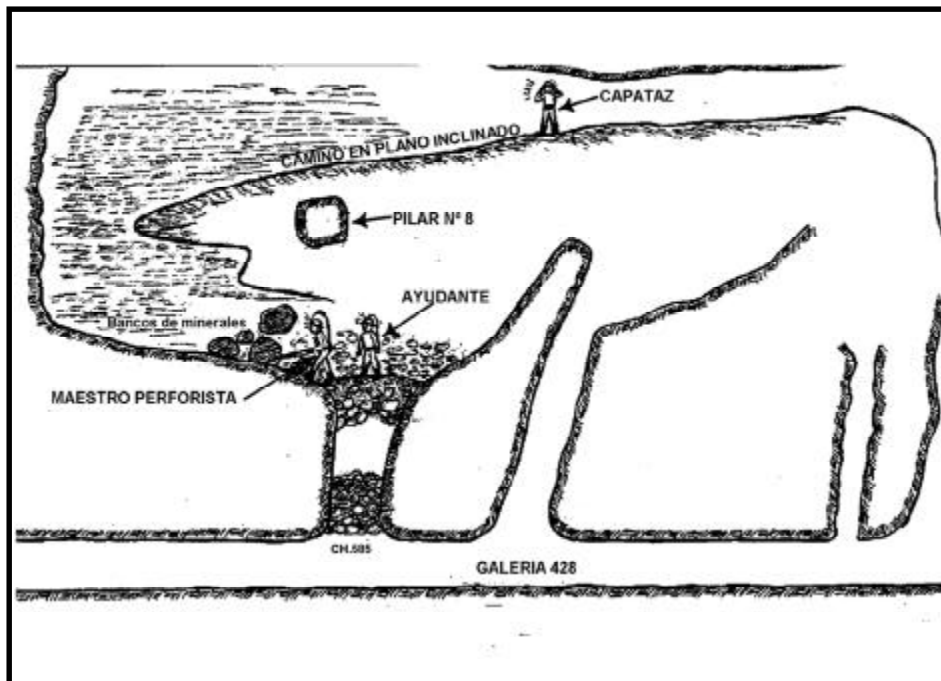
**VII. RECOMENDACIONES**

- 1.- Considerando que la masa de agua existente en la Laguna Naticocha, se encuentra ubicado sobre mina subsuelo, se recomienda que se tramite a los organismos competentes el drenaje de la Laguna para eliminar el peligro latente de una súbita inundación y catástrofe de la Mina.
- 2.- Se deberá realizar una efectiva supervisión y control, en los trabajos de impermeabilizar la zona de alto riesgo, debidamente asesorados por especialistas y profesionales de experiencia, en éste tipo de trabajos.

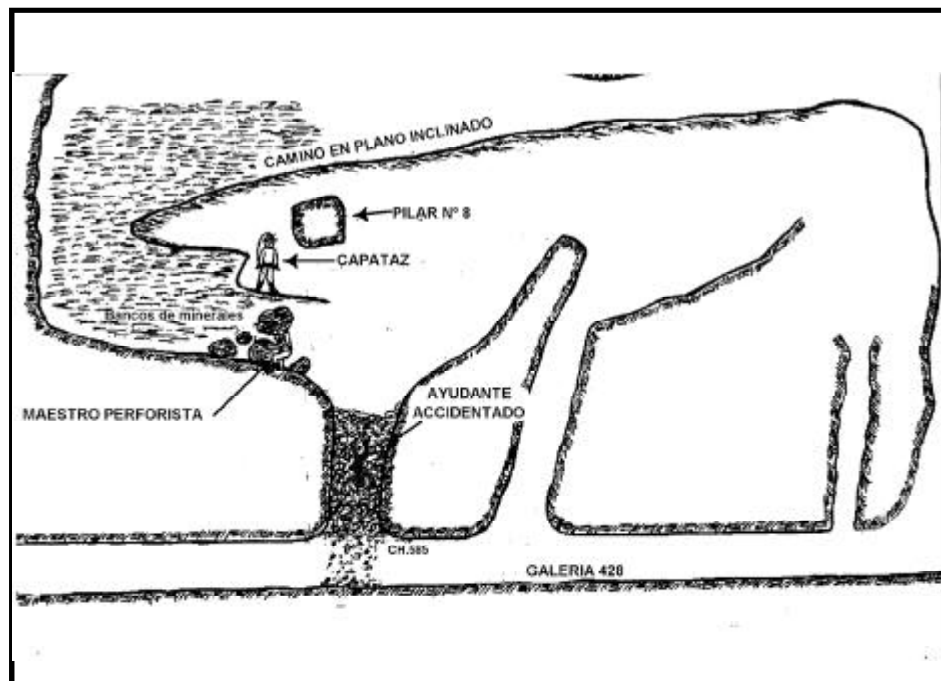


# OTROS

A  
N  
T  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E



D  
E  
S  
P  
U  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E



**I. DATOS PERSONALES**

ACCIDENTADO : N° 05 - 98.  
 OCUPACION : Ayudante de Perforista  
 EDAD, ESTADO CIVIL : 21 años, soltero.  
 FECHA, HORA DEL ACCIDENTE : 13 - Agosto - 1998, Hrs: 10: 15 A.M.  
 LUGAR DEL ACCIDENTE : Echadero del Tajeo 585, Nivel 60.  
 TIEMPO DE SERVICIO : Cero años, 01 mes, 15 días.  
 MINA - UNIDAD DE PRODUCCION : Condestable.  
 PERSONAL DE : Contrata Minera Luque S.A. MILSA.  
 EMPLEADOR : Compañía Minera Condestable S.A.  
 DISTRITO, PROVINCIA Y DPTO. : Mala, Cañete, Lima.

**II. CIRCUNSTANCIAS**

Al concluir con la orden del supervisor y por propia iniciativa deciden (perforista y ayudante), seguir con la perforación de más bancos. Se encontraba sobre el mineral "campaneado" del echadero (lo cual no era de su conocimiento) del tajeo 585. En el momento que el capataz les advierte el peligro, el ayudante es "chupado" por la carga quedando atrapado en el interior del echadero 585, recatado aun con signos de vida, es evacuado hacia la bocamina, dejando de existir en el trayecto, mientras que su maestro logró escapar.

**III. CLASIFICACION DEL ACCIDENTE**

1.- SEGUN EL TIPO : Otros (hundimiento de carga por chimenea).  
 2.- SEGUN LA LESION : Traumatismo craneo encefálico.  
 3.- SEGUN EL ORIGEN : Condición insegura y acto inseguro.  
 4.- SEGUN LA PREVISION : Previsible.

**IV. CAUSAS DEL ACCIDENTE**

1.- CONDICIONES INSEGURAS

- a.- El echadero del tajeo 585 se encontraba "campaneado" y mostraba un falso piso.
- b.- Ausencia de la parrilla de reglamento en el echadero 585.
- c.- Falta de letreros de prevención (cartel de seguridad) en el tajeo 585.
- d.- Falta de capacitación y entrenamientos continuos.

2.- ACTOS INSEGUROS

- a.- Acto negligente por parte del perforista y su ayudante, al realizar trabajos de perforación en una zona donde no tenía órdenes para perforar.

**V. MEDIDAS PREVENTIVAS**

- 1.- Realizar una mayor supervisión y control, por parte de la Contrata Minera Luque S.A. y la Compañía, de todas sus labores en interior mina.
- 2.- Señalizar la ubicación exacta de los echaderos de mineral en los tajeos y colocar las parrillas reglamentarias.
- 3.- Realizar campañas constantes de seguimiento de al personal de perforistas y ayudantes, en el cumplimiento estricto de las órdenes impartidas, sancionando drásticamente a los que realicen trabajos adicionales sin orden de sus supervisores.

**VI. CONCLUSIONES**

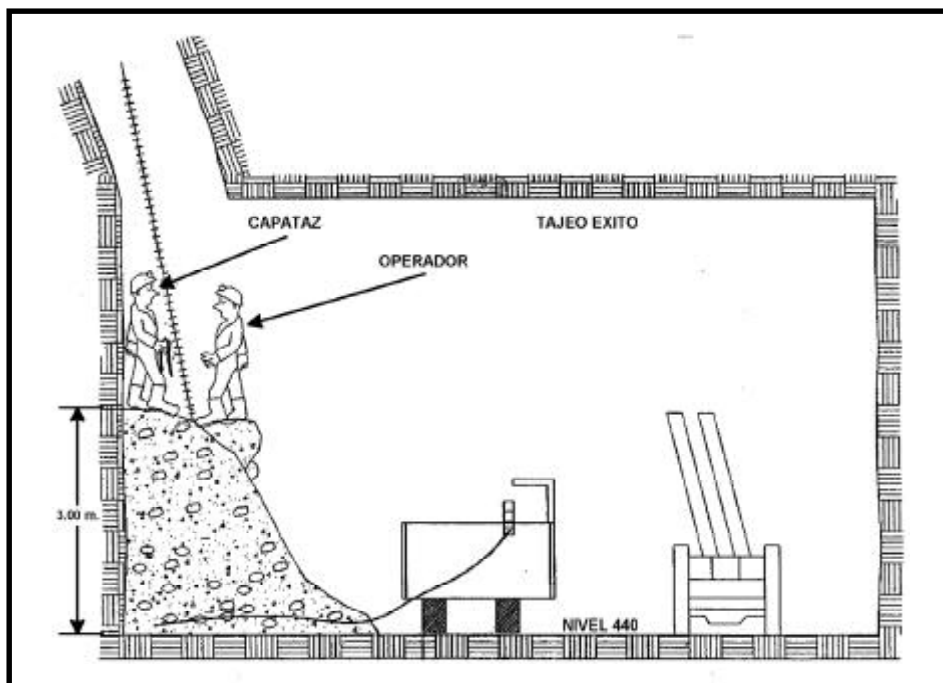
- 1.- El accidente fatal ocurrido, es resultado de las condiciones y actos inseguros previsible.
- 2.- Existió negligencia por parte del perforista y su ayudante, quienes decidieron sin orden alguna, seguir con la perforación de más bancos de mineral, en las inmediaciones del echadero de mineral, echadero que se encontraba "campaneado" y no era de conocimiento del ayudante y su maestro.
- 3.- Existe grave irresponsabilidad de la supervisión de la Compañía Minera Condestable S.A., por mantener echaderos de mineral con carga suspendida, sin sus parrillas reglamentarias y por no informar al personal de las condiciones inseguras que existían en el tajeo 585.

**VII. RECOMENDACIONES**

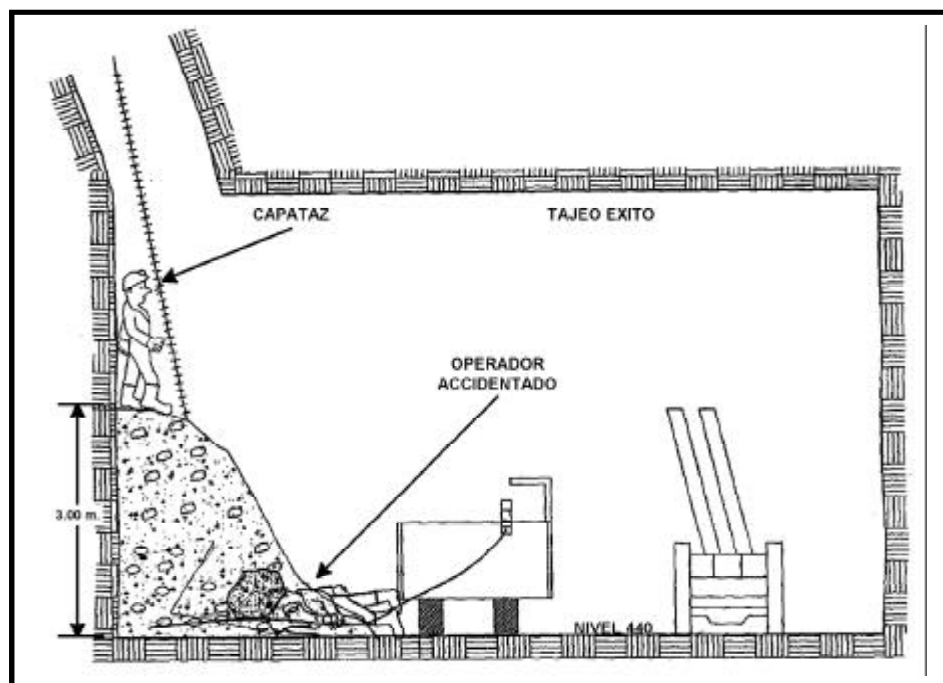
- 1.- Se deberá realizar campañas de preparación de parrillas, para ser colocadas en todos los echaderos de mina subsuelo.
- 2.- Se deberá optimizar la malla de perforación, para evitar la presencia de bancos de mineral, que ocasionan los "campaneos" de mineral en los echaderos.

## OTROS

A  
N  
T  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E



D  
E  
S  
P  
U  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E



**I. DATOS PERSONALES**

ACCIDENTADO : N° 06 - 98.  
 OCUPACION : Operador de equipo pesado.  
 EDAD, ESTADO CIVIL : 55 años, casado.  
 FECHA, HORA DEL ACCIDENTE : 04 - Noviembre -1998, Hrs: 8:30 A.M.  
 LUGAR DEL ACCIDENTE : Tajeo Exito, Nivel -440.  
 TIEMPO DE SERVICIO : 34 años, Cero meses, Cero días.  
 MINA - UNIDAD DE PRODUCCION : El Porvenir.  
 PERSONAL DE : Compañía.  
 EMPLEADOR : Compañía Minera Milpo S.A.  
 DISTRITO, PROVINCIA Y DPTO. : Yarusyacán, Pasco, Pasco.

**II. CIRCUNSTANCIAS**

Se encontraba junto con el capataz en el Tajeo Éxito del nivel -440, ubicado sobre una carga de mineral ranfleada debajo de la chimenea central, en esas circunstancias, el capataz le entrega un trozo de alambre, el cual cae, por lo que baja la ruma ranfleada para recoger el alambre, en el momento que recogía el pedazo de alambre, se desliza de la parte superior de la ruma, un banco de mineral que impacto en su cabeza, golpeándolo contra la carga, causando su muerte en el acto.

**III. CLASIFICACION DEL ACCIDENTE**

1.- SEGUN EL TIPO : Otros (Deslizamiento de roca).  
 2.- SEGUN LA LESION : Traumatismo craneo encefálico.  
 3.- SEGUN EL ORIGEN : Condición insegura y acto inseguro.  
 4.- SEGUN LA PREVISION : Previsible.

**IV. CAUSAS DEL ACCIDENTE**

1.- CONDICIONES INSEGURAS

- a.- Ruma de mineral ranfleada, pendiente de 50° con bancos inestables, con inminente riesgo de deslizarse.
- b.- Falta de entrenamiento y cursos de refrescamiento permanentes.

2.- ACTOS INSEGUROS

- a.- Exceso de confianza, por parte del operador, al querer recoger el alambre en la parte baja del mineral ranfleado, sin percatarse del riesgo existente.

**V. MEDIDAS PREVENTIVAS**

- 1.- Desarrollar un programa integral de instrucciones de seguridad, para el personal de mina, sobre identificación de riesgos, con distribución de cartillas referentes a la prevención de accidentes.
- 2.- Rediseñar la malla de perforación en los tejeos, para evitar la presencia de bancos, que fueron la causa del presente accidente.

**VI. CONCLUSIONES**

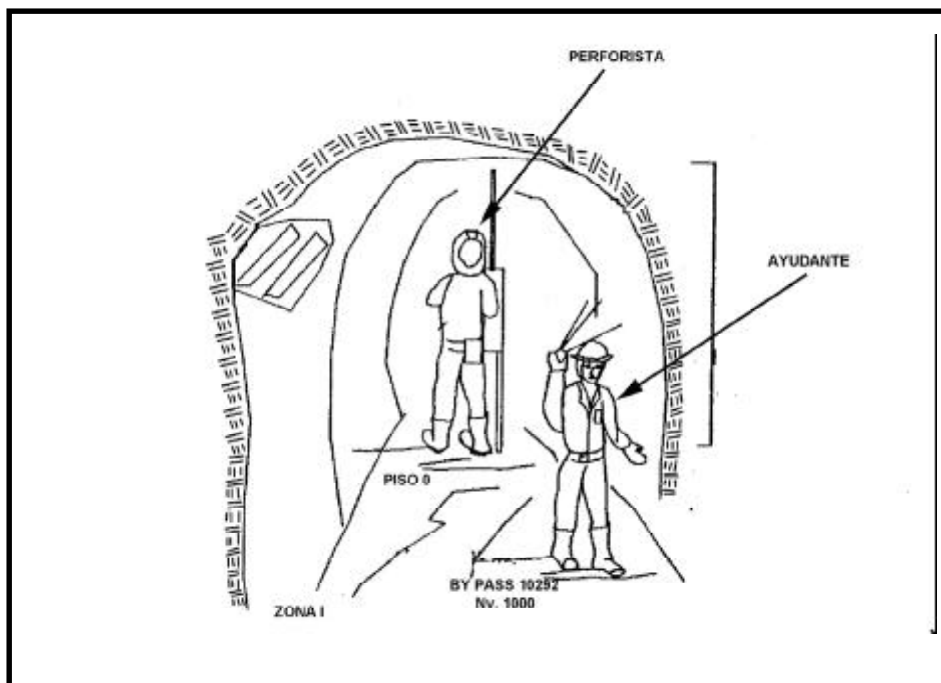
- 1.- El accidente fatal ocurrido, es el resultado de las condiciones y actos inseguros previsible.
- 2.- Existió, exceso de confianza por parte del operador, al tratar de recoger el alambre en la parte baja de la ruma ranfleada, sin percatarse de los riesgos existentes en ese lugar.
- 3.- Existe responsabilidad de la supervisión, por permitir al operador trabajar sobre mineral disparado, sin antes haber eliminado los bancos inestables en la ruma de mineral ranfleada.

**VII. RECOMENDACIONES**

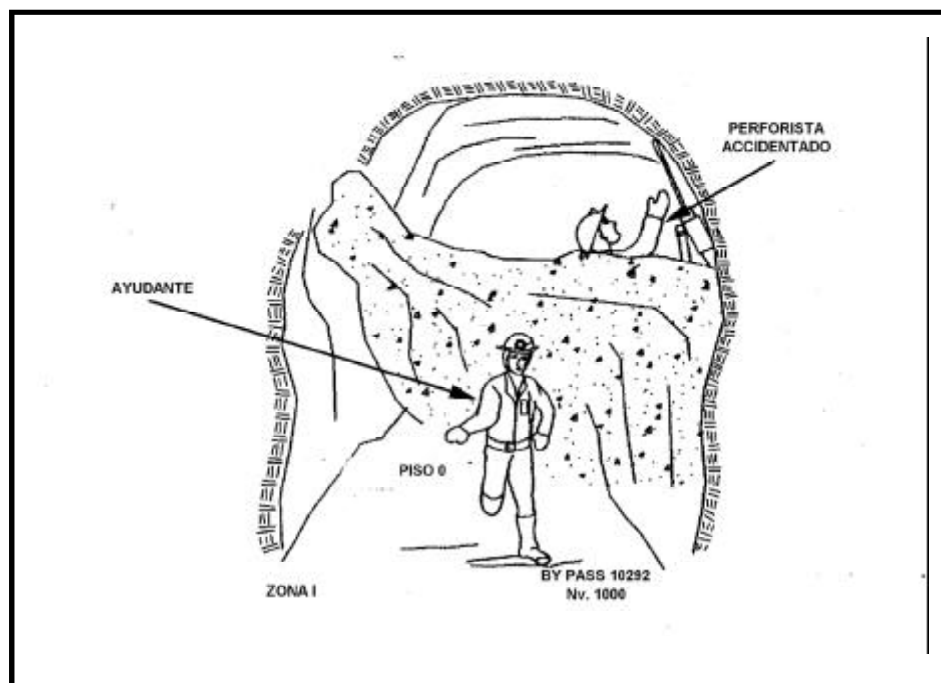
- 1.- Se deberá mejorar la calidad de las charlas de seguridad en función de la experiencia, referente a la ocurrencia de accidentes incapacitantes de los dos últimos años.
- 2.- Se deberá extremar la supervisión en las zonas con alto riesgo, por parte de las Secciones de Mina y Seguridad.
- 3.- Los inspectores de seguridad deberán ser los encargados de ejecutar los trabajos de reparar y acondicionar las escaleras, tuberías, etc. en interior mina, evitando de esta forma se improvise personal con otros ocupaciones, puesto que el occiso era operador de equipo y apoyaba al capataz para acondicionar la escalera de la chimenea central, donde ocurrió el accidente.

## OTROS

A  
N  
T  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E



D  
E  
S  
P  
U  
E  
S  
  
D  
E  
L  
  
A  
C  
C  
I  
D  
E  
N  
T  
E



**I. DATOS PERSONALES**

ACCIDENTADO	: N° 07 - 98.
OCUPACION	: Maestro Perforista.
EDAD, ESTADO CIVIL	: 38 años, casado.
FECHA, HORA DEL ACCIDENTE	: 23 - Noviembre - 1998, Hrs: 1: 15 P.M.
LUGAR DEL ACCIDENTE	: By Pass 10292, Piso 0, Nivel 1000, Zona I.
TIEMPO DE SERVICIO	: 19 años, 03 meses, Cero días.
MINA - UNIDAD DE PRODUCCION	: Cerro de Pasco.
PERSONAL DE	: Compañía.
EMPLEADOR	: Empresa Minera del Centro del Perú S.A.
DISTRITO, PROVINCIA Y DPTO.	: Yanacancha, Pasco, Pasco.

**II. CIRCUNSTANCIAS**

Se encontraba perforando en el frente del By Pass 10292 con su ayudante, quién inspeccionaba el techo y paredes de la labor, en esas circunstancias repentinamente se produce un soplo de una gran masa de mineral y desmonte de la chimenea 10293, el ayudante al sentir lodo en sus pies logra escapar, sin darle tiempo de avisar a su maestro, que no pudo escapar, quedando su cuerpo cubierto y presionado contra el frente del By Pass 10292. Luego de un arduo trabajo de rescate es encontrado sin signos de vida.

**III. CLASIFICACION DEL ACCIDENTE**

1.- SEGUN EL TIPO	: Otros (Soplo de material lodoso)
2.- SEGUN LA LESION	: Asfixia por inmersión en material lodoso.
3.- SEGUN EL ORIGEN	: Condición insegura y acto inseguro.
4.- SEGUN LA PREVISION	: Previsible.

**IV. CAUSAS DEL ACCIDENTE****1.- CONDICIONES INSEGURAS**

- a.- Presencia de una abertura en la parte superior izquierda del By Pass 10292, como consecuencia de la comunicación de la chimenea 10293, debido al deficiente control topográfico.
- b.- La chimenea contenía material de lodo acumulado y suspendido en la parte superior de la misma, producto del desprendimiento de sus paredes por encontrarse en zona de falla en el piso cinco.

**2.- ACTOS INSEGUROS**

- a.- Deficiente supervisión, por parte de las Secciones de Mina y Seguridad.
- b.- Exceso de confianza, por parte del perforista y su ayudante, al no eliminar la condición insegura de trabajo que presentaba la abertura de la chimenea provisionalmente tapada.

**V. MEDIDAS PREVENTIVAS**

- 1.- Establecer un control topográfico estricto de las labores mineras que permitan crear condiciones seguras de trabajo, evitando de esta forma accidentes similares al presente.
- 2.- Prohibir terminantemente el avance de las labores en zonas donde presentan riesgos, sin antes haber eliminado la condición insegura de trabajo.

**VI. CONCLUSIONES**

- 1.- El accidente fatal ocurrido, es resultado de las condiciones y actos inseguros previsibles.
- 2.- Existe responsabilidad de la supervisión, por permitir al personal de perforistas, realizar trabajos, sin antes haber eliminado totalmente la condición insegura, representada por la comunicación de la chimenea con el Bay Pass (abertura), sabiendo que al inicio de guardia se observó una ruma de mineral y desmonte, que cayó de la abertura.
- 3.- Existió, exceso de confianza, de parte del perforista y su ayudante, al no darle la importancia debida al riesgo existente, puesto que ellos mismos taparon la chimenea en forma provisional, sin tomar las medidas de seguridad adecuadas.

**VII. RECOMENDACIONES**

- 1.- Se deberá programar una mayor supervisión y control en la ejecución de labores de desarrollos y/o preparaciones, para cumplir con los diseños establecidos, evitando de esta forma errores de ingeniería que crean condiciones inseguras de trabajo.
- 2.- Intensificar las charlas de seguridad, a todo el personal de mina subsuelo, dándoles a entender la importancia de reportar y eliminar las condiciones inseguras, antes de iniciar la jornada de trabajo.