BOLETÍN TÉCNICO Y ESTADÍSTICO SEMESTRAL (I SEMESTRE)



Osinergmin

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE SEGURIDAD Y COMPENDIO ILUSTRATIVO DE ACCIDENTES MORTALES EN EL ÁMBITO DE LA MEDIANA Y GRAN MINERÍA 2026 (I SEMESTRE)

Gerencia de Supervisión Minera

SETIEMBRE 2026

Información Estadística de Seguridad y

Compendio Ilustrativo de Accidentes Mortales en el ámbito de la Mediana y Gran Minería - 2026 (I SEMESTRE)

Osinergmin

TRABAJANDO POR UNA ENERGÍA Y MINERÍA SEGURAS Y SOSTENIBLES

Análisis Estadístico de Seguridad y Compendio Ilustrativo de Accidentes mortales en el ámbito de la Mediana y Gran Minería – 2026 (I SEMESTRE)

Año 2026, N° 1, Setiembre 2026
Editado por:
© Organismo Supervisor de la Inversión en Energía y Minería, Osinergmin, 2026
Calle Jorge Chávez 154
Miraflores, Lima, Perú

Deposito Legal N° 2026-10471

Boletín disponible en https://rendiciondecuentas.osinergmin.gob.pe/mineria

Colaboradores:
Presidente del Consejo Directivo: Omar Franco Chambergo Rodriguez
Gerente General: Alberto Matías Pérez Morón
Gerente de Supervisión Minera: Henry Giovani Anfossi Portugal
Gerente de Supervisión de Mediana Minería: Nancy Herrera Rojas
Gerente de Supervisión de Gran Minería: Rolando Berner Ardiles Velasco
Especialista: Ronald Eduardo Nieto Ortiz

El contenido de esta publicación podrá ser reproducido total o parcialmente con autorización de Osinergmin. Se solicita indicar en lugar visible la autoría y la fuente de la información. Todo el material presentado en esta publicación es propiedad de Osinergmin, a menos que se indique lo contrario.

Las opiniones y estimaciones representan el juicio de los autores dada la información disponible y están sujetos a modificación sin previo aviso. La evolución pasada no es necesariamente indicador de resultados futuros. Esta publicación no se debe utilizar para tomar decisiones de inversión en activos financieros.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN

2. RESUMEN

3. CUADROS ESTADISTICOS DE ACCIDENTES MORTALES E INDICES DE SEGURIDAD 2026 (I SEMESTRE)

3.1. Cronología de accidentes mortales por unidad minera.
3.2. Cuadro estadístico de accidentes mortales por tipo de empresa mensual.
3.3. Cuadro estadístico de accidentes mortales por mes.
3.4. Cuadro estadístico de accidentes mortales por día.
3.5. Cuadro estadístico de accidentes mortales por hora.
3.6. Cuadro estadístico de accidentes mortales por tiempo de servicio.
3.7. Cuadro estadístico de accidentes mortales por edad.
3.8. Cuadro estadístico de accidentes mortales por ocupación.
3.9. Cuadro estadístico de accidentes mortales por tipo de accidente.
3.10. Cuadro estadístico de accidentes mortales por estrato de clasificación.
3.11. Cuadro estadístico de accidentes mortales por tipo de empresa consolidado.
3.12. Cuadro estadístico de accidentes mortales por región.
3.13. Cuadro estadístico de índices de seguridad por mes.

4. CUADROS ESTADÍSTICOS HISTÓRICOS (PERIODO 2007 – 2026 (I SEMESTRE))

4.1. Cuadro estadístico de accidentes mortales por unidad minera.
4.2. Cuadro estadístico de accidentes mortales por tipo de empresa.
4.3. Cuadro estadístico de accidentes mortales por tipo de accidente.
4.4. Cuadro estadístico de índices de Frecuencia, Severidad y Accidentabilidad.

5. COMPENDIO ILUSTRATIVO 2026 (I SEMESTRE) POR TIPO DE ACCIDENTE MORTAL

5.1. Exposición a, o contacto por inhalación con gases tóxicos/asfixiantes.
5.2. Desprendimiento de rocas.
5.3. Otros (Subsidencia).
5.4. Caída de personas.
5.5. Atrapado por succión de mineral/desmonte.
5.6. Atrapado o golpes durante perforación.
5.7. Otros (Deslizamiento de talud).
5.8. Otros (Caída de mineral en chute).

CONCLUSIONES

RESUMEN

Este compendio estadístico, elaborado por la Gerencia de Supervisión Minera de Osinergmin, sistematiza la ocurrencia de accidentes mortales en la Mediana y Gran Minería durante el primer semestre de 2026. El informe tiene como objetivo identificar patrones críticos para fortalecer la prevención de accidentes en el sector minería.

- Balance de Accidentabilidad: Entre enero y junio de 2026 se registraron 13 accidentes mortales que cobraron la vida de 15 trabajadores. Al comparar estos datos con el primer semestre del año 2025 se observa de manera preocupante un incremento de 5 a 15 víctimas mortales.

- Análisis del tipo de empresa: El estudio revela que el 67% de las víctimas (10 personas) laboraban para Empresas Contratistas, mientras que solo el 33% (5 personas) laboraban para el titular minero directamente. Esto subraya una vulnerabilidad persistente en la gestión de seguridad de los servicios tercerizados.

- Variables Temporales:
  - Mes crítico: Mayo fue el mes de mayor incidencia (6 víctimas).
  - Horarios: El 53% de los eventos ocurrió en el turno de la mañana (06:00 a 12:00 horas).
  - Perfil: El trabajador promedio afectado tiene entre 41 y 50 años y cuenta con una experiencia de 5 a 10 años en la unidad, lo que indica que el exceso de confianza o la rutinización de trabajos puede ser un factor de riesgo.

- Tipos de accidentes: La caída/desprendimiento de rocas e inhalación con gases tóxicos/ asfixiantes continúan siendo los principales tipos de accidentes mortales representando el 47 %. Geográficamente, el impacto se concentró en las regiones de Junín y Huancavelica.

INTRODUCCIÓN

En esta oportunidad la Gerencia de Supervisión Minera, presenta la Información Estadística de Seguridad y Compendio Ilustrativo de Accidentes Mortales en el ámbito de Mediana y Gran Minería – 2026 (primer semestre), el cual consiste en la descripción de los indicadores de seguridad, la estadística de accidentes mortales y la reseña de los accidentes mortales ocurridos en el primer semestre del año 2026, respecto de los estratos de mediana y gran minería, con la finalidad que esta información pueda ser considerada por los titulares de actividad minera en la prevención de accidentes de trabajo, promoviendo así una política de operación minera segura.

Del presente documento se destaca que, en el primer semestre del año 2026, se tuvieron 13 accidentes mortales con consecuencia de 15 víctimas en la mediana y gran minería, lo que representa un incremento en 10 victimas mortales respecto al mismo periodo de 2025, cabe resaltar que se realizaron las fiscalizaciones pertinentes respecto de los referidos accidentes mortales de manera inmediata, en cumplimiento del Reglamento de Supervisión, Fiscalización y Sanción de las Actividades Energéticas y Mineras aprobado por Resolución de Consejo Directivo del Organismo Supervisor de la Inversión en Energía y Minería Osinergmin N° 208-2020-OSCD, el Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional en Minería aprobado mediante Decreto Supremo N°024-2016-EM y de lo dispuesto en la Ley que transfiere competencias de supervisión y fiscalización de las actividades mineras al Osinerg, Ley 28964 y la Ley que precisa competencias del Organismo Supervisor de la Inversión en Energía y Minería (OSINERGMIN).

Resulta imperativo observar que, al haberse triplicado las cifras de mortalidad respecto al mismo ejercicio de 2025, nos encontramos ante un escenario que demanda una revisión urgente y estratégica inmediata por parte de los titulares mineros. No basta con la implementación de medidas de control administrativas; la sostenibilidad de nuestro sector exige que las empresas mineras aseguren el cumplimiento irrestricto de las medidas de control y la eficacia de sus inversiones en seguridad. Es fundamental entender que la seguridad minera no es un esfuerzo aislado, sino un compromiso que debe permear transversalmente desde la alta gerencia hasta los niveles operativos más básicos, asegurando que las políticas de prevención se traduzcan en acciones concretas en el campo.

Se espera un compromiso real para revertir esta tendencia, garantizando que el crecimiento de la producción minera no sea a costa de ocurrencia de accidentes mortales, sino bajo un estándar de cero accidentes mortales que sea innegociable.

Finalmente, agradecemos de antemano a nuestros lectores su interés y su participación en la difusión de información relevante del sector minero.

Gerencia de Supervisión Minera

CUADROS ESTADISTICOS DE ACCIDENTES MORTALES E INDICES DE SEGURIDAD 2026 (I SEMESTRE)

3. CUADROS ESTADÍSTICOS DE ACCIDENTES MORTALES E ÍNDICES DE SEGURIDAD 2026 (I SEMESTRE)

3.1. Cronología de accidentes mortales por unidad minera.

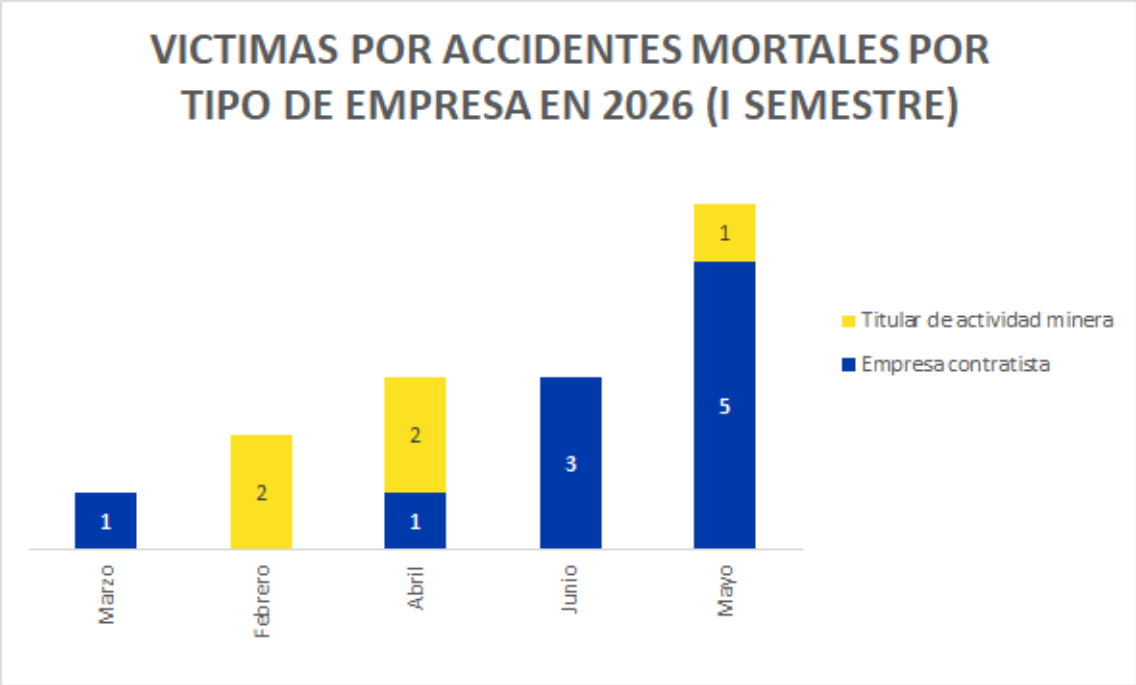
Desde ENERO - 2026 ▶ Hasta JUNIO - 2026

N°	FECHA ACCIDENTE	TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	UNIDAD MINERA	N° VICTIMAS	TIPO DE EMPRESA	CLASIFICACIÓN SEGÚN TIPO
1	06/02/2026	Operadores Concentrados Peruanos S.A.C.	Cobriza 1126	2	Titular de actividad minera	Exposición a, o contacto por inhalación con gases tóxicos/asfixiantes
2	28/03/2026	Compañía Minera Lincuna S.A.	Huancapeti	1	Empresa contratista	Atrapado por succión de mineral/desmonte
3	01/04/2026	Compañía de Minas Buenaventura S.A.A.	Acumulación Julcani	1	Empresa contratista	Desprendimiento de rocas
4	21/04/2026	CMC Critical Minerals Corporation S.A.C.	Mina Coricancha	1	Titular de actividad minera	Atrapado o golpes durante perforación
5	27/04/2026	Metalurgia Business Perú S.A.A.	C.M. La Oroya-Refinación 1 y 2	1	Titular de actividad minera	Caída de personas
6	03/05/2026	Sobreandes S.A.C.	Americana	1	Empresa contratista	Desprendimiento de rocas
7	07/05/2026	Compañía de Minas Buenaventura S.A.A.	Gran San Gabriel	1	Empresa contratista	Deslizamiento de talud
8	11/05/2026	Compañía de Minas Buenaventura S.A.A.	Gran San Gabriel	1	Titular de actividad minera	Caída de mineral en chute
9	31/05/2026	Consorcio Minero Sunec S.A.C.	Ricomas	1	Empresa contratista	Exposición a, o contacto por inhalación con gases tóxicos/asfixiantes
10	3/06/2026	Compañía Minera Poderosa S.A.	Libertad	1	Empresa contratista	Desprendimiento de rocas
11	6/06/2026	Compañía Minera Argentum S.A.C.	Morococha	1	Empresa contratista	Exposición a, o contacto por inhalación con gases tóxicos/asfixiantes
12	22/06/2026	Compañía Minera Ares S.A.C.	Gran Inmaculada I	1	Empresa contratista	Caída de personas
13	18/05/2026	Sierra Minera Caraz S.A.C	Gran Arcata	2	Empresa contratista	Subsidencia

3.2 CUADRO ESTADÍSTICO MENSUAL DE ACCIDENTES MORTALES POR TIPO DE EMPRESA

Número de víctimas

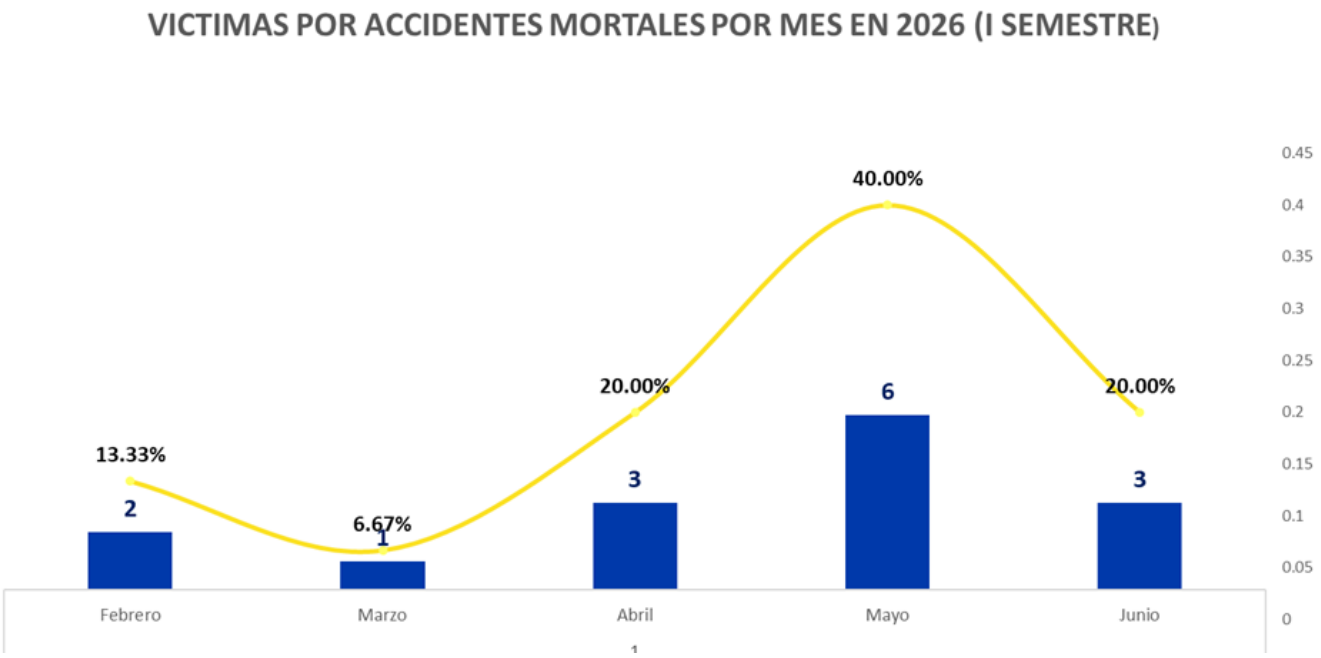
MES	EMPRESA CONTRATISTA	TITULAR MINERO	TOTAL GENERAL
Marzo	1	0	1
Febrero	0	2	2
Abril	1	2	3
Junio	3	0	3
Mayo	5	1	6
TOTAL GENERAL	**10**	**5**	**15**



3.3 CUADRO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES MORTALES POR MES

Número de víctimas

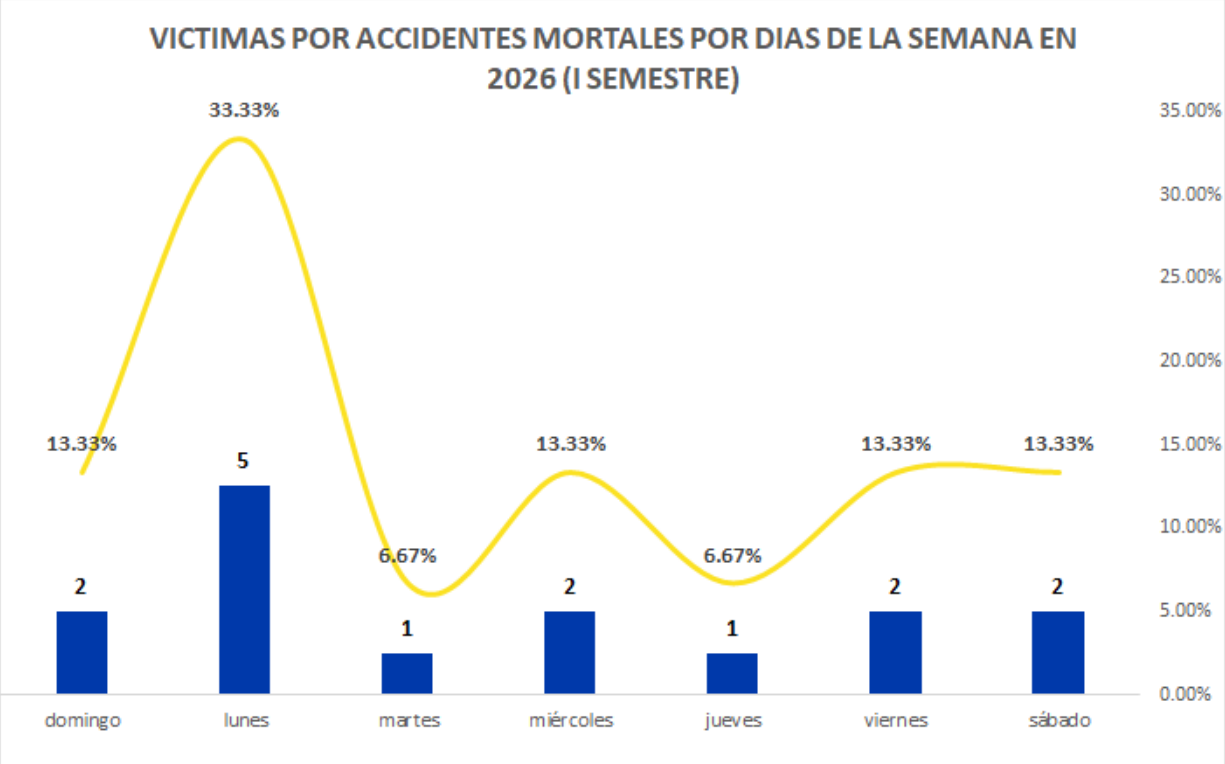
MES	VÍCTIMAS POR ACCIDENTES MORTALES	PORCENTAJE
FEBRERO	2	13.33
MARZO	1	6.67
ABRIL	3	20.00
MAYO	6	40.00
JUNIO	3	20.00
TOTAL	**15**	**100%**



3.4 CUADRO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES MORTALES POR DÍA

Número de víctimas

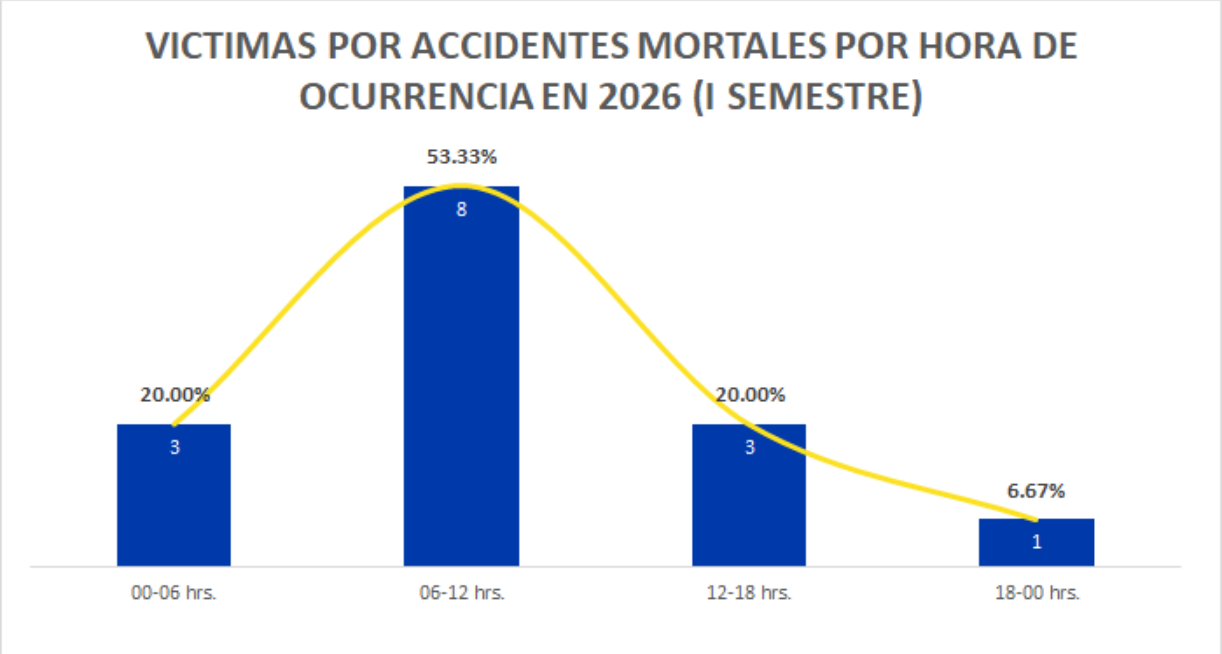
DÍAS DE LA SEMANA	NÚMERO DE VICTIMAS	PORCENTAJE
DOMINGO	2	13.33%
LUNES	5	33.33%
MARTES	1	6.67%
MIÉRCOLES	2	13.33%
JUEVES	1	6.67%
VIERNES	2	13.33%
SÁBADO	2	13.33%
TOTAL	**15**	**100%**



3.5 CUADRO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES MORTALES POR HORA

Número de víctimas

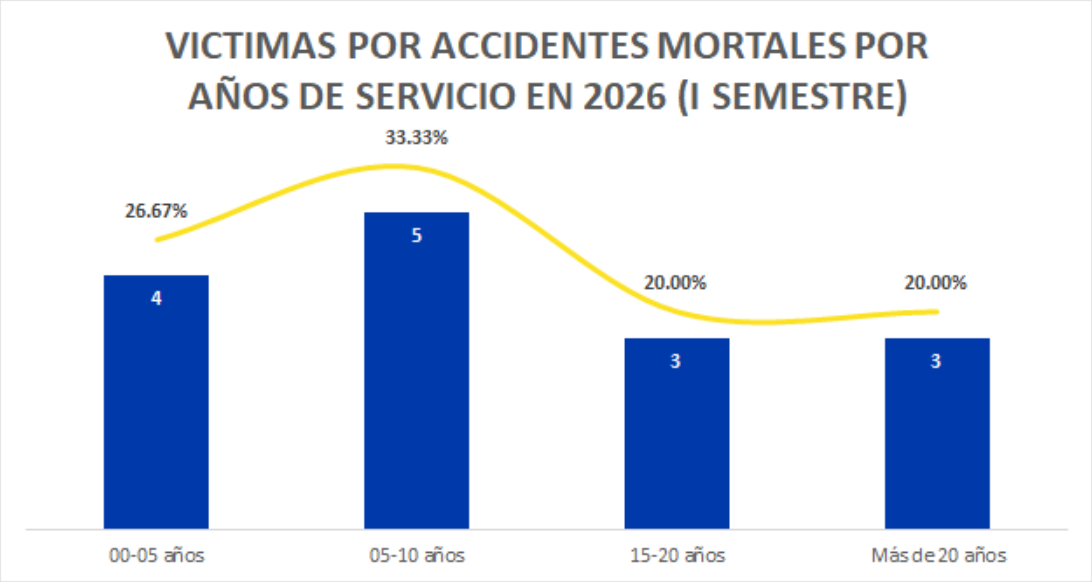
HORAS DEL DÍA	NÚMERO DE VICTIMAS	PORCENTAJE
00-06 HRS.	3	20.00%
06-12 HRS.	8	53.33%
12-18 HRS.	3	20.00%
18-00 HRS.	1	6.67%
TOTAL	**15**	**100%**



3.6 CUADRO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES MORTALES POR TIEMPO DE SERVICIO EN MINERIA

Número de víctimas

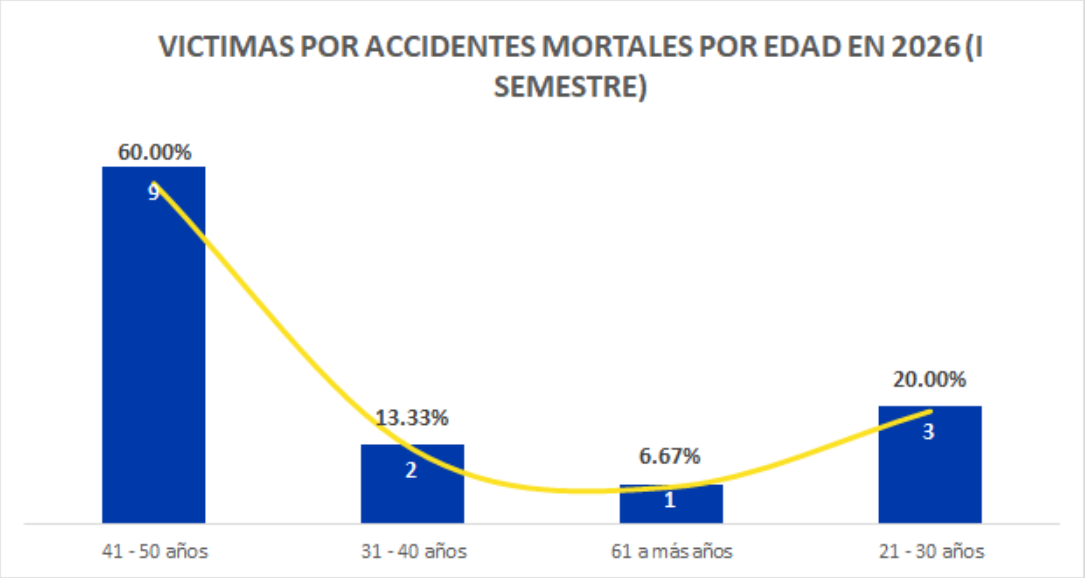
AÑOS DE SERVICIOS	AÑOS DE SERVICIO	PORCENTAJE
00-05 AÑOS	4	26.67%
05-10 AÑOS	5	33.33%
15-20 AÑOS	3	20.00%
Más de 20 años	3	20.00%
TOTAL	**15**	**100%**



3.7 CUADRO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES MORTALES POR EDAD

Número de víctimas

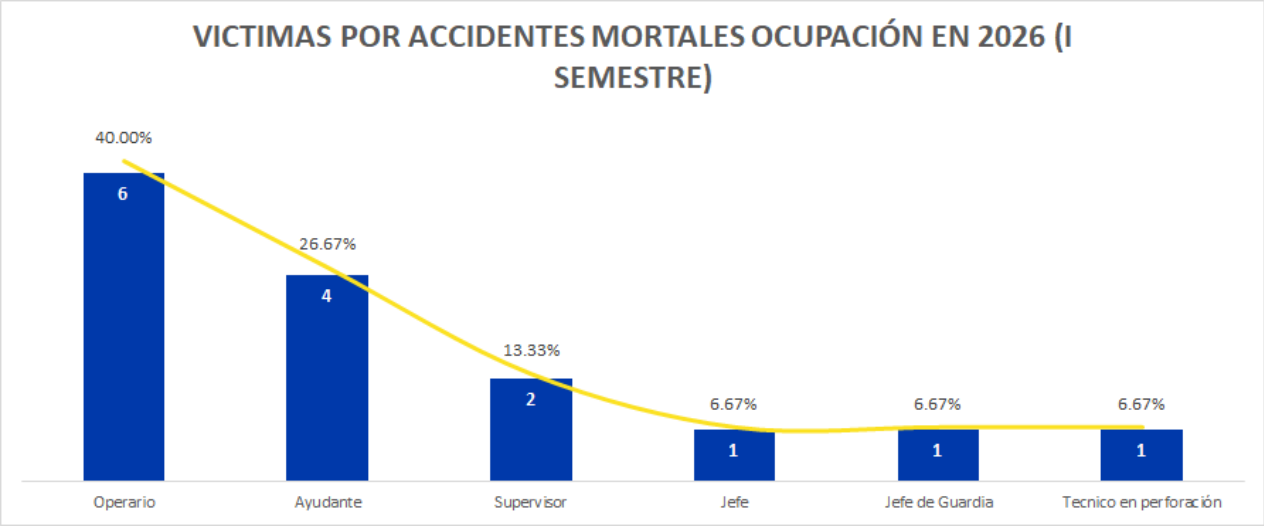
POR EDAD	NÚMERO DE VICTIMAS	PORCENTAJE
41 - 50 AÑOS	9	60.00%
31 - 40 AÑOS	2	13.33%
61 A MÁS AÑOS	1	6.67%
21 - 30 AÑOS	3	20.00%
TOTAL	**15**	**100%**



3.8 CUADRO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES MORTALES POR OCUPACIÓN

Número de víctimas

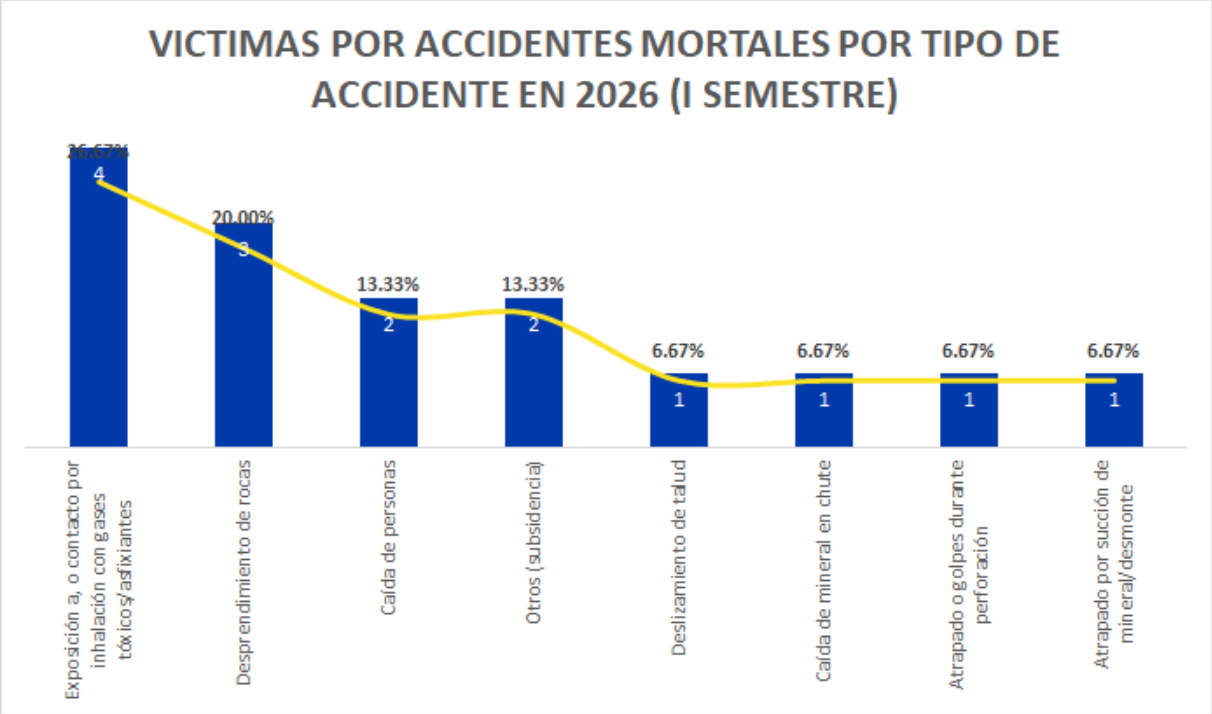
OCUPACIÓN	NÚMERO DE VICTIMAS	PORCENTAJE
OPERARIO	6	40.00%
AYUDANTE	4	26.67%
SUPERVISOR	2	13.33%
JEFE	1	6.67%
JEFE DE GUARDIA	1	6.67%
TÉCNICO EN PERFORACIÓN	1	6.67%
TOTAL	**15**	**100%**



3.9 CUADRO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES MORTALES POR TIPO DE ACCIDENTE

Número de víctimas

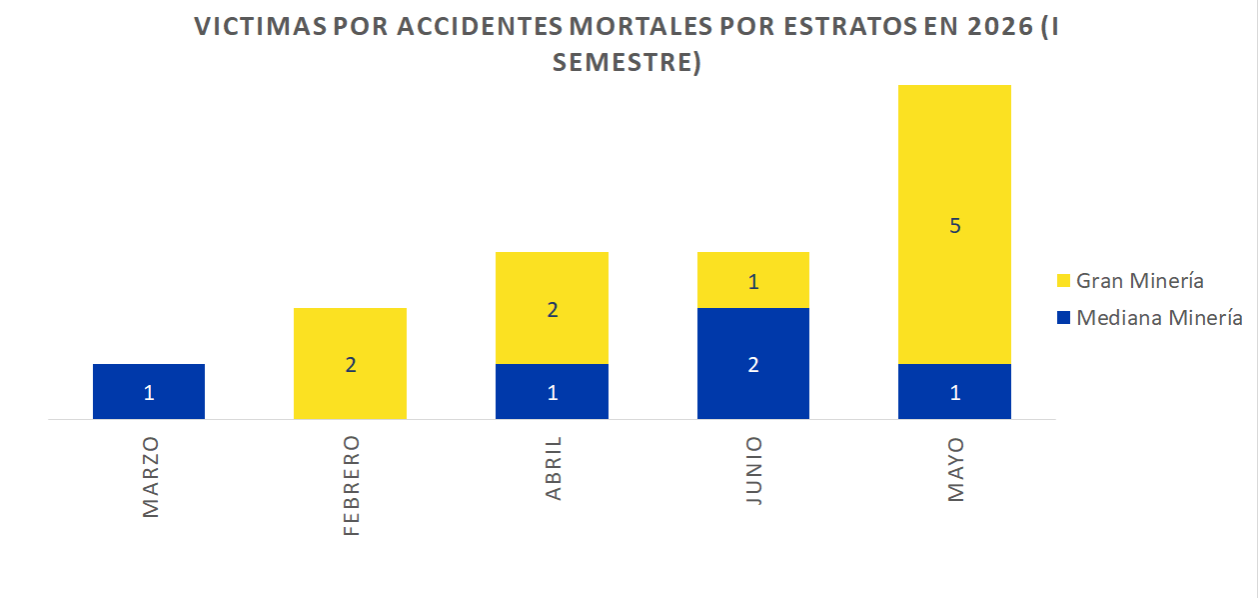
TIPO	NÚMERO DE VICTIMAS	PORCENTAJE
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO POR INHALACIÓN CON GASES TÓXICOS/ASFIXIANTES	4	26.67%
DESPRENDIMIENTO DE ROCAS	3	20.00%
OTROS (SUBSIDENCIA)	2	13.33%
CAÍDA DE PERSONAS	2	13.33%
ATRAPADO O GOLPES DURANTE PERFORACIÓN	1	6.67%
CAÍDA DE MINERAL EN CHUTE	1	6.67%
DESLIZAMIENTO DE TALUD	1	6.67%
ATRAPADO POR SUCCIÓN DE MINERAL/DESMONTE	1	6.67%
TOTAL	**15**	**100%**



3.10 CUADRO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES MORTALES POR ESTRATO DE CLASIFICACIÓN

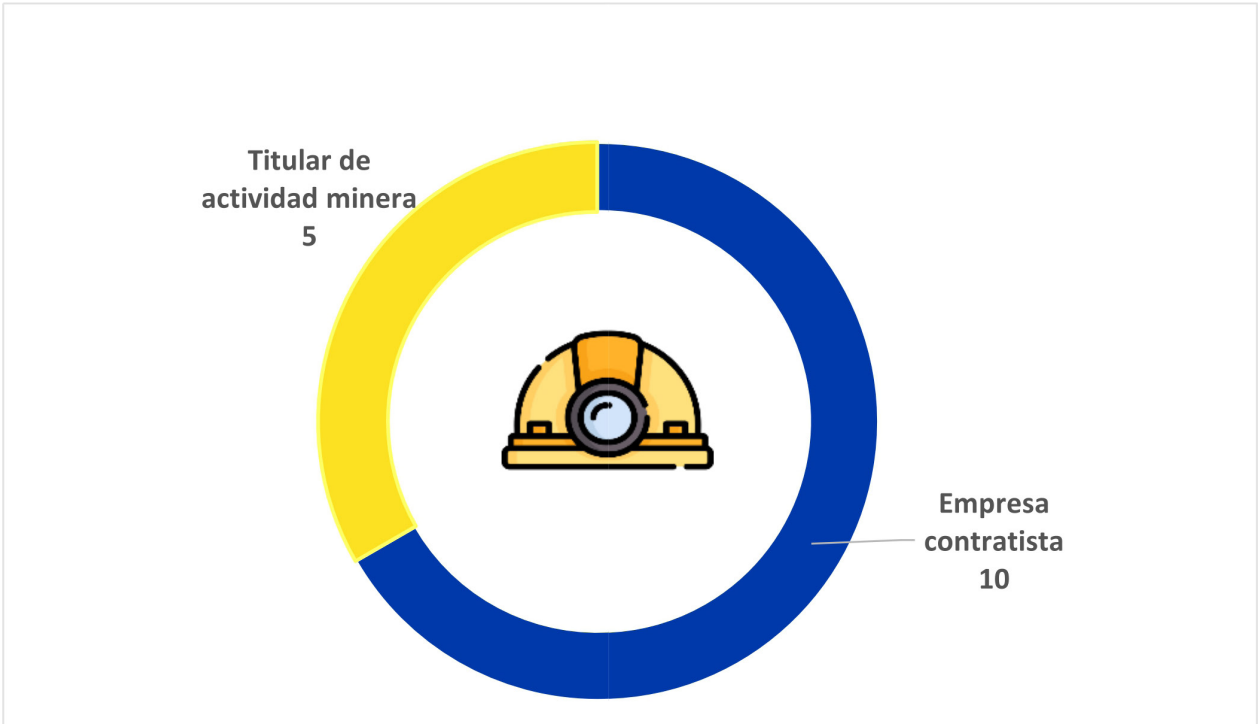
Número de víctimas

MES	MEDIANA MINERÍA	GRAN MINERÍA	TOTAL GENERAL
MARZO	1	0	1
FEBRERO	0	2	2
ABRIL	1	2	3
JUNIO	2	1	3
MAYO	1	5	6
Total	**5**	**10**	**15**



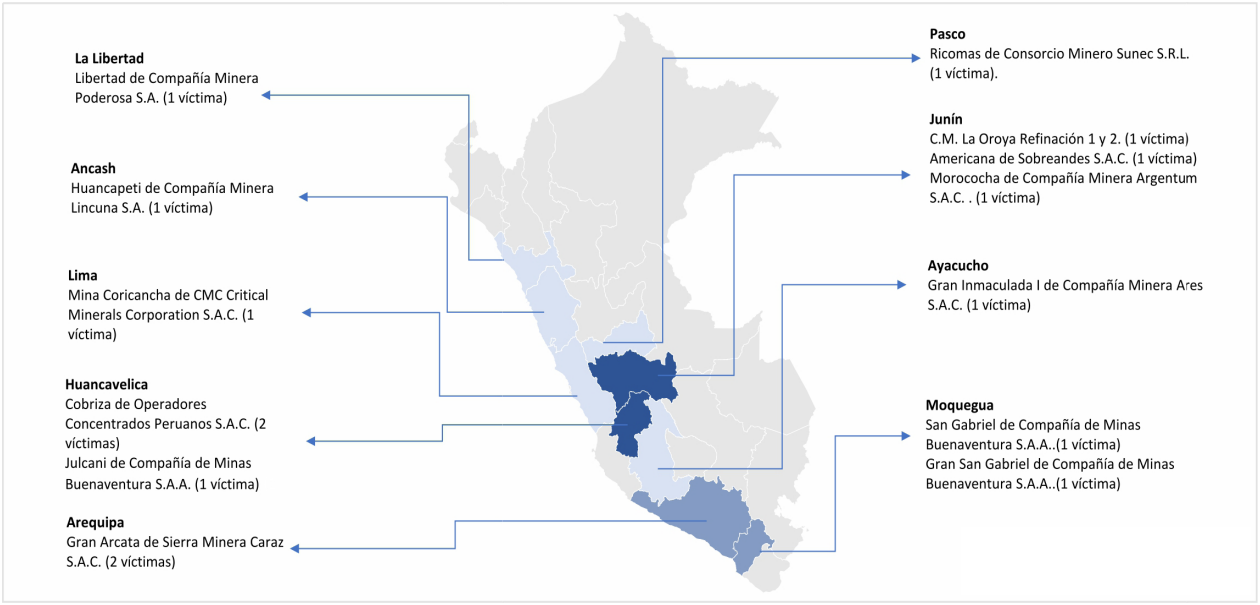
3.11 CUADRO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES MORTALES POR TIPO DE EMPRESA CONSOLIDADO

TIPO DE EMPRESA	NÚMERO DE VICTIMAS	PORCENTAJE
EMPRESA CONTRATISTA	10	66.67 %
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	5	33.33%
TOTAL	**15**	**100.00%**



3.12 CUADRO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES MORTALES POR REGIÓN

REGIÓN	NUMERO DE VÍCTIMAS	PORCENTAJE
Junín	3	20.00%
Huancavelica	3	20.00%
Arequipa	2	13.33%
Moquegua	2	13.33%
Pasco	1	6.67%
Ancash	1	6.67%
Ayacucho	1	6.67%
La libertad	1	6.67%
Lima	1	6.67%
TOTAL	**15**	**100%**



3.13. Cuadro estadístico de índices de Seguridad por mes

MES	ÍNDICE DE FRECUENCIA	ÍNDICE DE SEVERIDAD	ÍNDICE DE ACCIDENTABILIDAD
ENERO	1.57	80	0.13
FEBRERO	1.47	290	0.43
MARZO	1.65	182	0.30
ABRIL	1.31	369.09	0.48
MAYO	1.73	846.64	1.46
JUNIO	1.67	443.71	0.74
JULIO	-	-	-
AGOSTO	-	-	-
SEPTIEMBRE	-	-	-
OCTUBRE	-	-	-
NOVIEMBRE	-	-	-
DICIEMBRE	-	-	-
TOTAL 2026 (I SEMESTRE)	**1.56**	**374**	**0.58**

*Elaboración: Osinergmin – GSM, en base a la información proyectada del Ministerio de Energía y Minas (no incluye pequeña minería y minería artesanal).

Índice de Frecuencia de Accidentes (IF).

*Número de accidentes mortales e incapacitantes por cada millón de horas hombre trabajadas. Se calculará con la formula siguiente:

$$IF = \frac{\text{Nº accidentes x 1'000,000}}{\text{Horas hombre trabajadas}}$$

Índice de Severidad de Accidentes (IS).

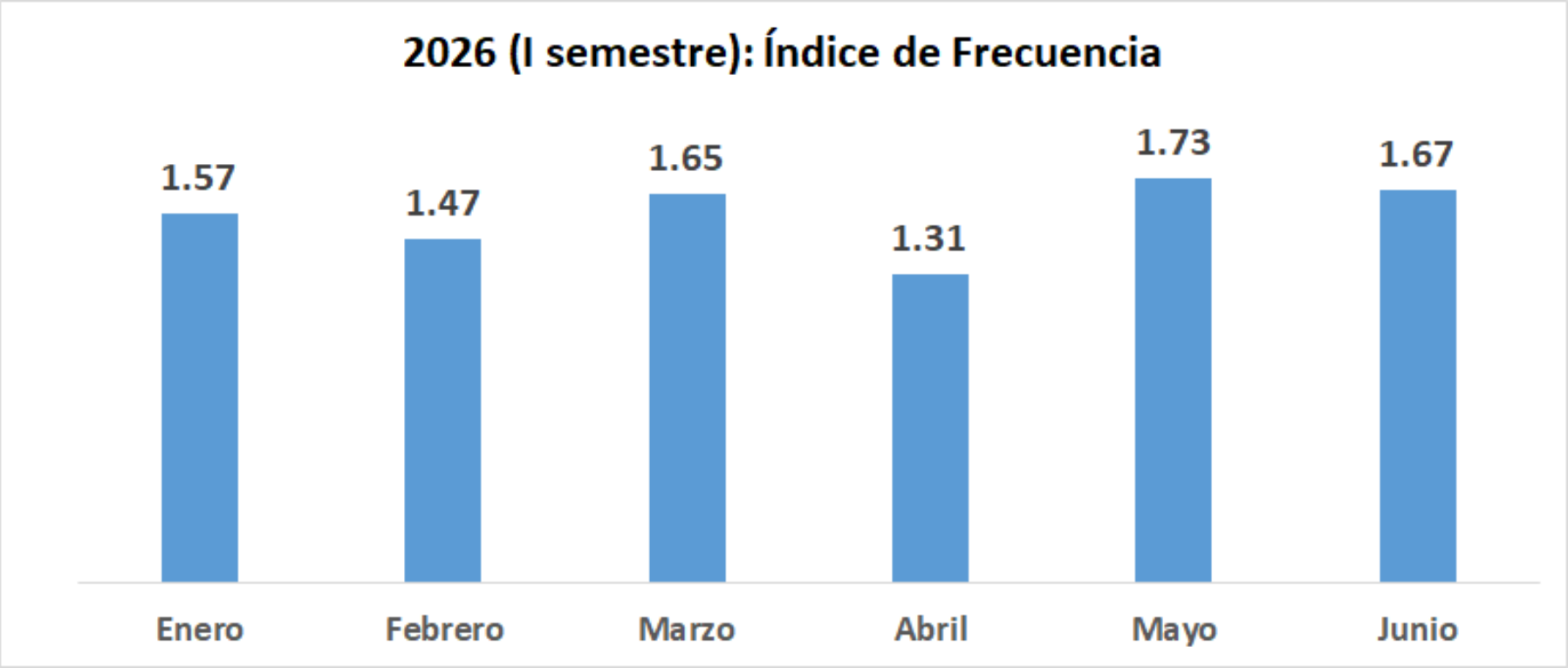
*Número de días perdidos o cargados por cada millón de horas - hombre trabajadas. Se calculará con la fórmula siguiente:

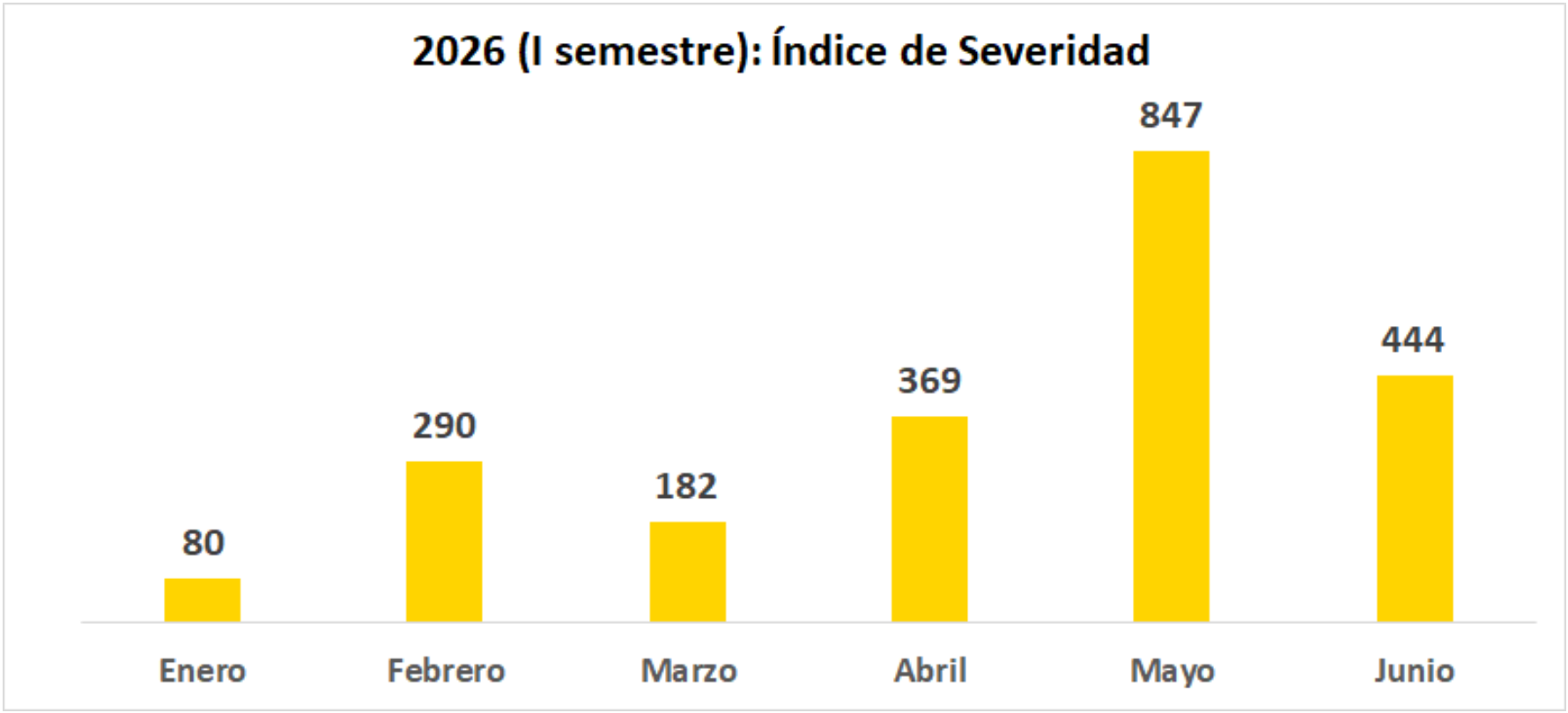
$$IS = \frac{\text{Nº días perdidos o cargados x 1'000,000}}{\text{Horas hombre trabajadas}}$$

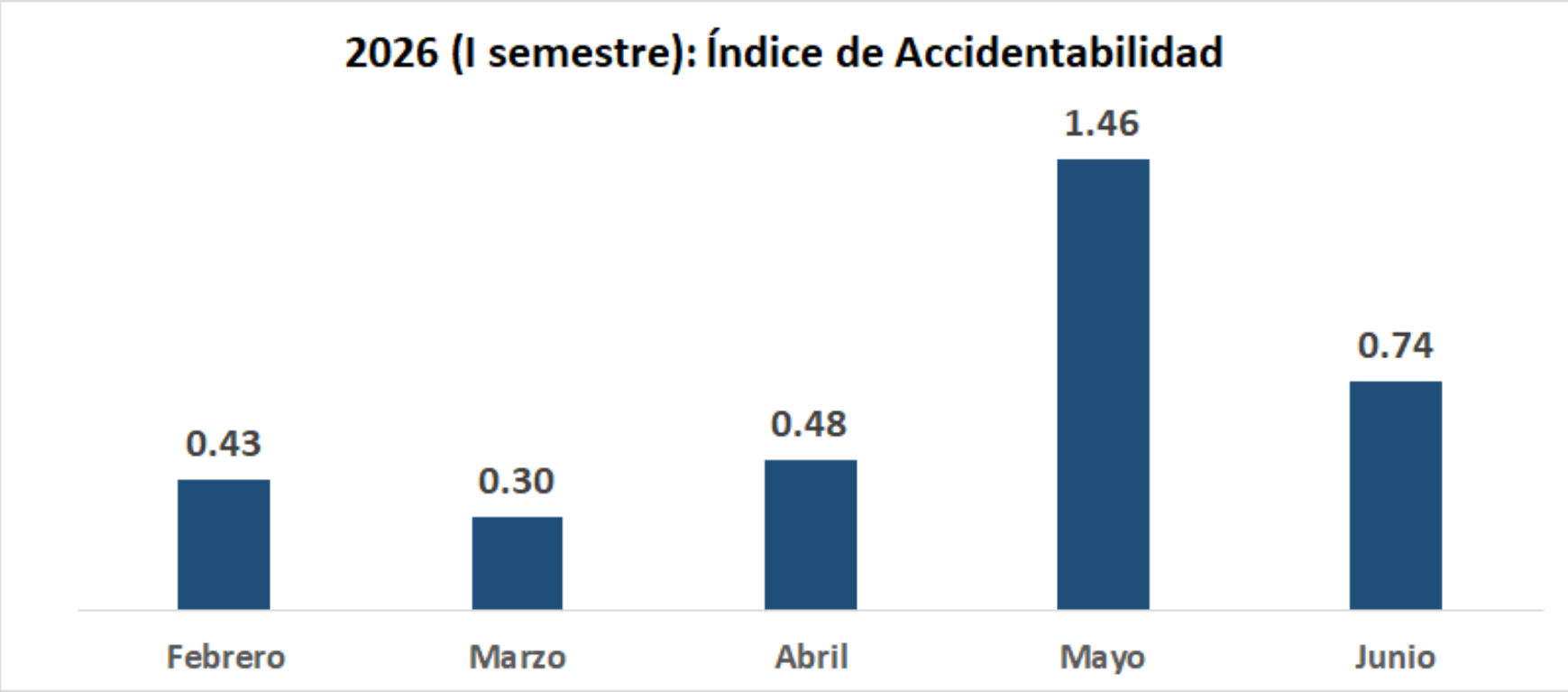
Índice de Accidentabilidad (IA).

*Una medición que combina el índice de frecuencia de lesiones con tiempo perdido (IF) y el índice de severidad de lesiones (IS), como un medio de clasificar a las empresas mineras.

$$IA = \frac{IF \times IS}{1000}$$


2026 (I semestre): Índice de Frecuencia
1.57
1.47
1.65
1.31
1.73
1.67
Enero
Febrero
Marzo
Abril
Mayo
Junio


2026 (I semestre): Índice de Severidad
80
290
182
369
847
444
Enero
Febrero
Marzo
Abril
Mayo
Junio


2026 (I semestre): Índice de Accidentabilidad
0.43
0.30
0.48
1.46
0.74
Febrero
Marzo
Abril
Mayo
Junio

CUADROS ESTADISTICOS HISTÓRICOS (PERIODO 2007 - 2026 (primer semestre))

4. CUADROS ESTADÍSTICOS HISTÓRICOS (PERIODO 2007 - 2026 (primer semestre))

4.1. Cuadro estadístico de víctimas mortales por unidad minera.

UNIDAD MINERA*	TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 I SEMESTRE	TOTAL	PORC.
AMERICANA	SOBREANDES S.A.C.	2	0	5	2	1	1	1	0	1	1	0	2	1	0	0	1	2	0	0	1	21	3.78%
ACUMULACIÓN PARCOY Nº 1 2021	CONSORCIO MINERO HORIZONTE S.A.	2	1	3	0	1	1	0	0	2	1	1	2	1	1	0	2	1	0	0	0	19	3.42%
SAN CRISTÓBAL	VOLCAN COMPAÑÍA MINERA S.A.A	1	0	2	2	5	3	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	17	3.06%
RETAMAS	MINERA AURÍFERA RETAMAS S.A	0	0	2	1	2	1	2	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	17	3.06%
ACUMULACIÓN RAURA	COMPAÑÍA MINERA RAURA S.A.	1	1	5	4	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	16	2.88%
HUARÓN	PAN AMERICAN SILVER HUARON S.A.	2	2	1	2	2	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	16	2.88%
MILPO Nº1	NEXA RESOURCES EL PORVENIR S.A.C.	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	2	0	0	0	0	2	0	1	2	0	14	2.52%
LIBERTAD	COMPAÑÍA MINERA PODEROSA S.A.	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	1	0	3	0	0	2	0	3	0	1	13	2.34%
ACUMULACIÓN YAURICOCHA	SOCIEDAD MINERA CORONA S.A.	1	1	0	1	0	0	2	0	3	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	13	2.34%
LA PODEROSA DE TRUJILLO	COMPAÑÍA MINERA PODEROSA S.A.	1	0	0	1	0	1	2	0	2	0	0	0	1	0	0	2	1	1	1	0	13	2.34%
ATACOCHA	NEXA RESOURCES ATACOCHA S.A.A.	1	5	1	1	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	2.16%
GRAN ARCATA	SIERRA MINERA CARAZ S.A.C.	2	1	2	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	11	1.98%
ANIMON	COMPAÑÍA MINERA CHUNGAR S.A.C.	0	2	1	3	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	11	1.98%
COBRIZA 1126	OPERADORES CONCENTRADOS PERUANOS S.A.C.	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	2	10	1.80%

UNIDAD MINERA*	TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 I SEMESTRE	TOTAL	PORC.
ACUMULACIÓN GRAN INMACULADA	COMPAÑÍA MINERA ARES S.A.C.	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	1	10	1.80%
UCHUCCHACUA	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	2	3	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10	1.80%
ANDAYCHAGUA	VOLCAN COMPAÑÍA MINERA S.A.A	0	3	2	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1.80%
SAN VICENTE	COMPAÑÍA MINERA SAN IGNACIO DEMOROCOCHA S.A.A.	1	5	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1.62%
SANTA ROSA-COMARSA	COMPAÑÍA MINERA AURÍFERA SANTA ROSA S.A.	0	0	1	2	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1.62%
CERRO LINDO	NEXA RESOURCES PERU S.A.A.	0	0	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	9	1.62%
CERRO DE PASCO	VOLCAN COMPAÑÍA MINERA S.A.A	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1.44%
PALMAPATA	COMPAÑÍA MINERA SAN IGNACIO DE MOROCOCHA S.A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4	0	0	0	8	1.44%
CATALINA HUANCA	CATALINA HUANCA SOCIEDAD MINERA S.A.C.	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7	1.26%
QUIRUVILCA	COMPAÑÍA MINERA QUIRUVILCA S.A.	2	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1.26%
OREX DOS	MINERA OREX S.A.C	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	7	1.26%
JULCANI	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1.08%
MINA CORICANCHA	CMC CRITICAL MINERALS CORPORATION S.A.C.	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	6	1.08%
HUACHOCOLPA UNO	COMPAÑÍA MINERA KOLPA S.A	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	1.08%
ACUMULACIÓN TOQUEPALA 1	SOUTHERN PERÚ COPPER CORPORATION	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1.08%
CERRO VERDE 1,2,3	SOCIEDAD MINERA CERRO VERDE S.A.A.	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1.08%

UNIDAD MINERA*	TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 I SEMESTRE	TOTAL	PORC.
CARAHUACRA	VOLCAN COMPAÑÍA MINERA S.A.A.	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1.08%
COLQUIJIRCA Nº 2	SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A.	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1.08%
ACUMULACIÓN CUAJONE	SOUTHERN PERÚ COPPER CORPORATION	0	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	1.08%
MOROCOCHA	COMPAÑÍA MINERA ARGENTUM S.A.	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5	0.90%
CPS 1	SHOUGANG HIERRO PERÚ S.A.A.	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0.90%
N 1 RELIQUIAS	CORPORACIÓN MINERA CASTROVIRREYNA S.A	0	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0.90%
AUSTRIA DUVAZ	SOCIEDAD MINERA AUSTRIA DUVAZ S.A.C.	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0.90%
ORCOPAMPA	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0.90%
CAPITANA	COMPAÑÍA MINERA CARAVELI S.A.C.	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	0.90%
SAN GABRIEL	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	0.72%
SANTA LUISA	COMPAÑÍA MINERA SANTA LUISA S.A.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	4	0.72%
ARES	COMPAÑÍA MINERA ARES S.A.C.	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.72%
CASAPALCA-6	EMPRESA MINERA LOS QUENUALES S.A.	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.72%
TOROMOCHO	MINERA CHINALCO PERÚ S.A.	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.72%
FERROBAMBA	MINERA LAS BAMBAS S.A.	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.72%
MALLAY	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.72%
REFINERIA DE ZINC CAJAMARQUILLA	NEXA RESOURCES CAJAMARQUILLA S.A.	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0.72%

UNIDAD MINERA*	TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 I SEMESTRE	TOTAL	PORC.
ACUMULACIÓN CONDESTABLE	COMPAÑÍA MINERA CONDESTABLE S.A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	4	0.72%
SAN CRISTÓBAL	MINERA BATEAS S.A.C.	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0.72%
ACUMULACIÓN ISCAYCRUZ	EMPRESA MINERA LOS QUENUALES S.A.	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0.72%
MANUELITA	COMPAÑÍA MINERA ARGENTUM S.A.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0.72%
ACUMULACION ANTAMINA PRINCIPAL	COMPAÑÍA MINERA ANTAMINA S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	4	0.72%
C.M.LA OROYA-REFINACIÓN 1 Y 2	DOE RUN PERÚ S.R.L.	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0.54%
HUANCAPETI	COMPAÑÍA MINERA LINCUNA S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0.54%
SAN GENARO	CASTROVIRREYNA COMPAÑÍA MINERA S.A.	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.54%
RECUPERADA	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.54%
EL COFRE	CONSORCIO DE INGENIEROS EJECUTORES MINEROS S.A.	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.54%
BAYOVAR 2	COMPAÑÍA MINERA MISKI MAYO S.R.L.	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.54%
CHAQUELLE	CEDIMIN S.A.C.	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.54%
EL HALCON	MINERA ÁGUILA DE ORO S.A.C.	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.54%
CASAPALCA	EMPRESA MINERA LOS QUENUALES S.A.	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.54%
ÁGUILA NUEVA 1	CONSORCIO DE INGENIEROS EJECUTORES MINEROS S.A.	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0.54%
ACUMULACION BROCAL	SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0.54%
ACUMULACIÓN MARIELA	ARUNTANI S.A.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%

UNIDAD MINERA*	TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 I SEMESTRE	TOTAL	PORC.
AMATE 2B	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
LULICOCHA – PROYECTO YUMPAG	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
SELENE	COMPAÑÍA MINERA ARES S.A.C.	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
ANTICONA	COMPAÑÍA MINERA ARGENTUM S.A.	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
COLQUIPOCRO	NYRSTAR ANCASH S.A.	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
PUCARRAJO	NYRSTAR ANCASH S.A.	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
CONTONGA	CONTONGA PERÚ S.A.C.	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
PIERINA	MINERA BARRICK MISQUICHILCA S.A.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
ACUMULACIÓN NELSON X	COMPAÑÍA MINERA BARBASTRO S.A.C.	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
EL SAUCO	MINERA TUNGSTENO MALAGA DEL PERÚ S.A.	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
BARRENO	MINAS ARIRAHUA S.A.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
ACUMULACIÓN TANTAHUATAY	COMPAÑÍA MINERA COIMOLACHE S.A.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
COLQUIJIRCA N°1	SOCIEDAD MINERA EL BROCAL S.A.A.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
ACUMULACIÓN YAULIYACU	EMPRESA MINERA LOS QUENUALES S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.36%
HERALDOS NEGROS	COMPAÑÍA MINERA SAN VALENTIN S.A.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0.36%
SOLITARIA	COMPAÑÍA MINERA SAN VALENTIN S.A.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0.36%
ACUMULACIÓN LA ARENA	LA ARENA S.A.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0.36%
UNIDAD SANTANDER	TREVALI PERÚ S.A.C.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0.36%

UNIDAD MINERA*	TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 I SEMESTRE	TOTAL	PORC.
POMASI	CONSORCIO DE INGENIEROS EJECUTORES MINEROS S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0.36%
LA FUNDICIÓN	SOUTHERN PERU COPPER CORPORATION SUCURSAL DEL PERU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0.36%
TAMBOJASA	COMPAÑÍA MINERA CARAVELI S.A.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0.36%
ESPERANZA DE CARAVELÍ	MINERA TITAN DEL PERÚ S.R.L.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0.36%
RICOMAS	CONSORCIO MINERO SUNEC S.R.L.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.18%
BERLIN	COMPAÑÍA MINERA SANTA LUISA S.A.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
AZULCOCHA	SIERRA POLI S.A.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
CRUZ DE ORO DE UNTUCA	CORI PUNO S.A.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
ACUMULACIÓN ANABI	ANABI S.A.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
CHAQUELLE 29	CEDIMIN S.A.C.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
CARAVELI	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
ANTAPITE	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
PORACOTA	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
EL RECUERDO	COMPAÑÍA MINERA SANTA LUISA S.A.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
AREQUIPA-M	COMPAÑÍA MINERA CAUDALOSA S.A.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
CLAUDIA-1	COMPAÑÍA MINERA VICHAYCOCHA S.A.C.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
PARA MI	MINERA MALAGA SANTOLALLA S.A.C.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
SINAYCOCHA UNO	MINERA SINAYCOCHA S.A.C.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%

UNIDAD MINERA*	TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 I SEMESTRE	TOTAL	PORC.
SINAYCOCHA DOS	MINERA SINAYCOCHA S.A.C.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
YAUYINAZO	COMPAÑÍA MINERA SAN VALENTIN S.A.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
AGRUPAMIENTO ANDINO A DE HUANCAYO	UNION ANDINA DE CEMENTOS S.A.A.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
CULEBRILLAS	COMPAÑÍA AURÍFERA REAL AVENTURA S.A.C.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
MARIA TERESA	MINERA COLQUISIRI S.A.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
LA ZANJA	MINERA LA ZANJA S.R.L.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
LA GRANJA	RIO TINTO MINERA PERÚ LIMITADA SAC	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
CAROLINA Nº1	GOLD FIELDS LA CIMA S.A.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
MINAS DE COBRE CHAPI	MINERA PAMPA DE COBRE S.A.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
LA VIRGEN	COMPAÑÍA MINERA SAN SIMÓN S.A.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
SHUNTUR	MINERA SHUNTUR S.A.C.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
HAQUIRA	MINERA ANTARES PERÚ SAC	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
TINTAYA	COMPAÑÍA MINERA ANTAPACCAY S.A.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
ACUMULACIÓN ANDRES	ARASI S.A.C.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
PALLANGA	COMPAÑÍA MINERA ALPAMARCA S.A.C.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
CERRO DE PASCO	EMPRESA ADMINISTRADORA CERRO S.A.C.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%

UNIDAD MINERA*	TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 I SEMESTRE	TOTAL	PORC.
DEPÓSITO DE CONCENTRADOS CORMIN CALLAO	IMPALA PERÚ S.A.C.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
HDA.DE BENEFICIO METALEX	MINERA VETA DORADA S.A.C.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
VINCHOS	EMPRESA EXPLOTADORA DE VINCHOS LTDA. S.A.C.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
CHINA LINDA	MINERA YANACOCHA S.R.L.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
BORAX	INKABOR S.A.C.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
ACUMULACIÓN QUENAMARI – SAN RAFAEL	MINSUR S.A.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
OYAECHEA 3	COMPAÑÍA MINERA KURI KULLU S.A.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
COMPAÑÍA MINERA ANTAPACCAY S.A	ANTAPACCAY 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
ACUMULACIÓN TEMMBLADERA	CEMENTOS PACASMAYO S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
TUNSHURUCO	MINERA CHINALCO PERÚ S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18%
LAS AGUILAS	CONSORCIO DE INGENIEROS EJECUTORES MINEROS S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.18%
CHAUPILOMA SUR	MINERA YANACOCHA S.R.L.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.18%
MINERA SAN ANTONIO DE SILVER SRL	COMPAÑÍA MINERA SAN VALENTIN S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.18%
ACUMULACIÓN ALTO CHICAMA	MINERA BARRICK MISQUICHILCA S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.18%
GRAN TAMBOMAYO	COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.18%
PLANTA PARCOY	CONSORCIO MINERO HORIZONTE S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.18%

UNIDAD MINERA*	TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 I SEMESTRE	TOTAL	PORC.
ALMACÉN LOGISMINSA	LOGISTIC INDUSTRY & MINING SOCIEDAD ANÓNIMA-LOGISMINSA S.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.18%
UNIDAD DE PRODUCCIÓN CERRO VERDE	SOCIEDAD MINERA CERRO VERDE S.A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.18%
SAN NICOLAS	SHOUGANG HIERRO PERÚ S.A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.18%
SAN JERONIMO	CATALINA HUANCA SOCIEDAD MINERA S.A.C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.18%

*La cantidad de unidades mineras han ido variando a lo largo del periodo 2007-2026, según están se encontraban realizando operaciones mineras.

4.2. Cuadro estadístico de víctimas mortales por accidentes mortales por tipo de empresa.

Empleador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Jun. 2026	TOTAL
Titular de actividad minera	15	16	11	15	14	11	12	7	7	3	6	7	7	6	8	4	4	5	4	5	167
Empresa contratista	34	41	38	29	27	23	22	13	17	23	26	11	15	3	4	22	12	10	11	10	391
Total	**49**	**57**	**49**	**44**	**41**	**34**	**34**	**20**	**24**	**26**	**32**	**18**	**22**	**9**	**12**	**26**	**16**	**15**	**15**	**15**	**558**



4.3 Cuadro estadístico de victimas mortales por accidentes mortales por tipo

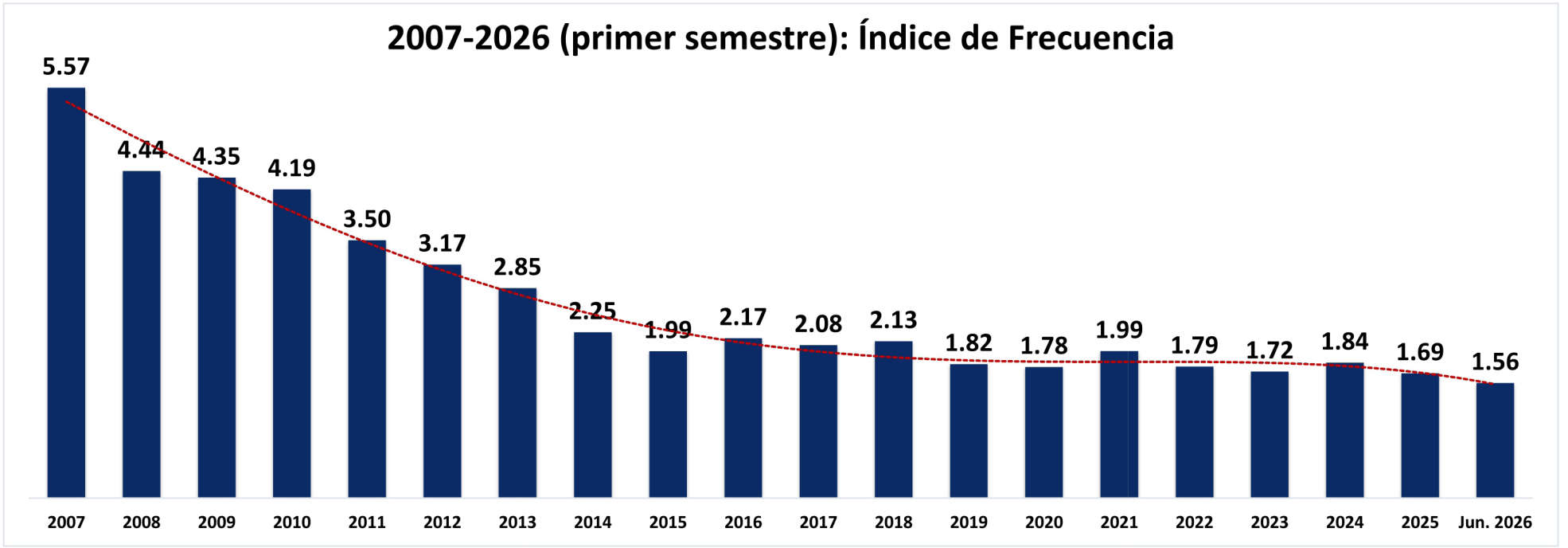
SEGÚN EL TIPO DE OCURRENCIA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	JUN. 2026	TOTAL	PORC.
DESPRENDIMIENTO DE ROCAS	12	22	21	9	9	8	8	6	8	5	8	5	5	5	2	4	3	8	4	3	155	27.78%
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO POR INHALACIÓN CON GASES TÓXICOS/ASFIXIANTES (VENTILACIÓN DEFICIENTE)	9	7	5	3	7	3	4	1	2	3	2	4	3	2	0	7	0	0	3	4	69	12.37%
CHOQUES CONTRA O GOLPES POR OBJETOS DURANTE EL CARGUÍO Y DESCARGA DE MINERAL/DESMONTE	8	10	9	10	1	2	9	3	4	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	61	10.93%
CAÍDA DE PERSONAS	5	2	4	5	1	7	3	2	4	0	6	3	1	1	2	2	3	0	1	2	54	9.68%
ATRAPADO POR DERRUMBE, DESLIZAMIENTO, SOPLADO DE MINERAL O DESMONTE	6	5	2	1	2	2	2	1	1	7	2	0	3	0	1	6	2	0	0	0	43	7.71%
CHOQUES CONTRA O ATRAPADO EN O GOLPES POR VEHÍCULO MOTORIZADO (TRÁNSITO VEHICULAR)	1	2	0	5	8	1	1	4	1	3	3	2	0	0	1	3	3	1	2	0	41	7.35%
OTROS	2	6	3	4	6	1	1	0	0	1	3	0	1	0	0	0	1	0	1	4	34	6.09%
ATRAPADO POR O GOLPES POR MAQUINARIAS EN MOVIMIENTO	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4	0	5	1	4	0	1	5	0	0	25	4.48%
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON ENERGÍA ELÉCTRICA	1	1	1	5	2	3	3	1	0	1	4	1	1	0	0	1	0	0	0	0	25	4.48%
CHOQUES CONTRA O GOLPES POR OBJETOS DURANTE EL MANIPULEO DE MATERIALES	2	0	1	0	1	2	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	3	0	17	3.05%
ATRAPADO POR SUCCIÓN DE MINERAL/DESMONTE	0	2	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	10	1.79%
ATRAPADO EN CHUTES O TOLVAS Y OTROS DURANTE DESATORO	1	0	1	1	0	1	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10	1.79%
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON TORMENTAS ELÉCTRICAS (CAÍDA DE RAYO)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0.72%
GOLPES POR HERRAMIENTAS	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.72%
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON TEMPERATURAS EXTREMAS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0.54%
ATRAPADO O GOLPES DURANTE PERFORACIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.18%
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON SUSTANCIAS PELIGROSAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0.18%
GOLPES POR OBJETOS EN DETONACIÓN DE EXPLOSIVOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.18%
TOTAL	**49**	**57**	**49**	**44**	**41**	**34**	**34**	**20**	**24**	**26**	**32**	**18**	**22**	**9**	**12**	**26**	**16**	**15**	**15**	**15**	**558**	**100.00%**

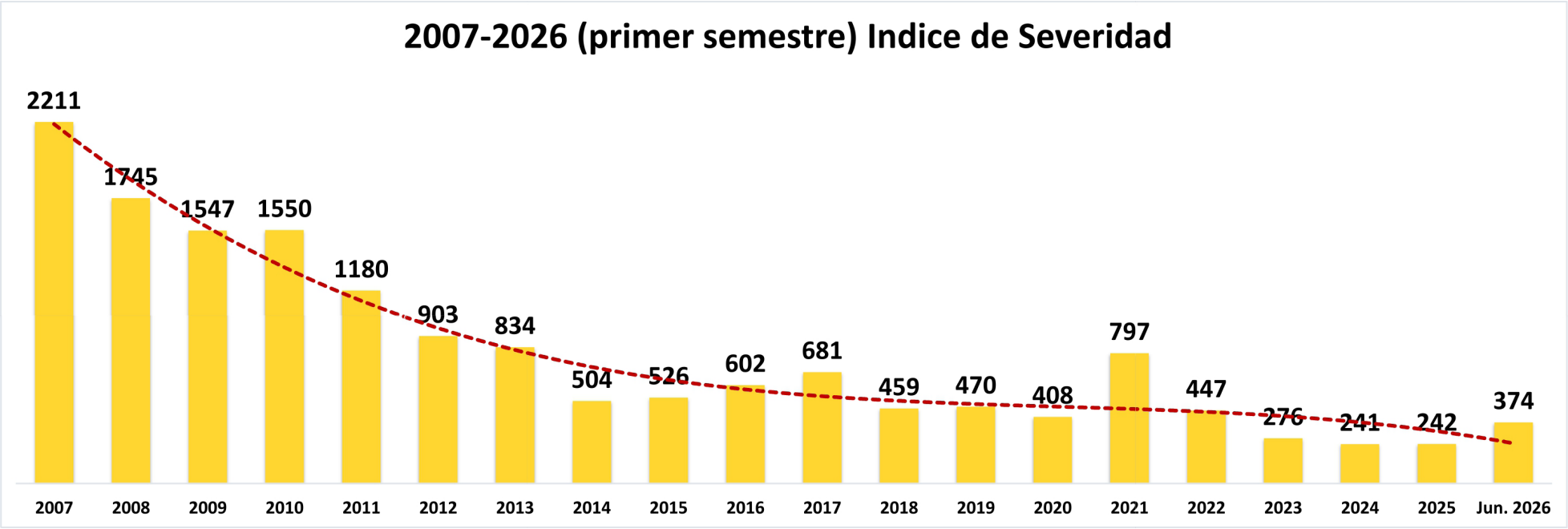

2007-Jun.2026: Cantidad de victimas por accidentes mortales por tipo
DESPRENDIMIENTO DE ROCAS 155
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO POR INHALACIÓN CON GASES TÓXICOS/ASFIXIANTES (VENTILACIÓN DEFICIENTE) 65
CHOQUES CONTRA O GOLPES POR OBJETOS DURANTE EL CARGUÍO Y DESCARGA DE MINERAL/DESMONTE 61
CAÍDA DE PERSONAS 54
ATRAPADO POR DERRUMBE, DESLIZAMIENTO, SOPLADO DE MINERAL O DESMONTE 44
CHOQUES CONTRA O ATRAPADO EN O GOLPES POR VEHÍCULO MOTORIZADO (TRÁNSITO VEHICULAR) 41
OTROS 32
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON ENERGÍA ELÉCTRICA 25
ATRAPADO POR O GOLPES POR MAQUINARIAS EN MOVIMIENTO 25
CHOQUES CONTRA O GOLPES POR OBJETOS DURANTE EL MANIPULEO DE MATERIALES 17
ATRAPADO EN CHUTES O TOLVAS Y OTROS DURANTE DESATORO 10
ATRAPADO POR SUCCIÓN DE MINERAL/DESMONTE 10
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON SUSTANCIAS PELIGROSAS. 5
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON TORMENTAS ELÉCTRICAS (CAÍDA DE RAYO) 4
GOLPES POR HERRAMIENTAS 4
EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON TEMPERATURAS EXTREMAS 3
CAIDA DE MATERIAL EN CHUTE 1
ATRAPADO O GOLPES DURANTE PERFORACIÓN 1
GOLPES POR OBJETOS EN DETONACIÓN DE EXPLOSIVOS 1

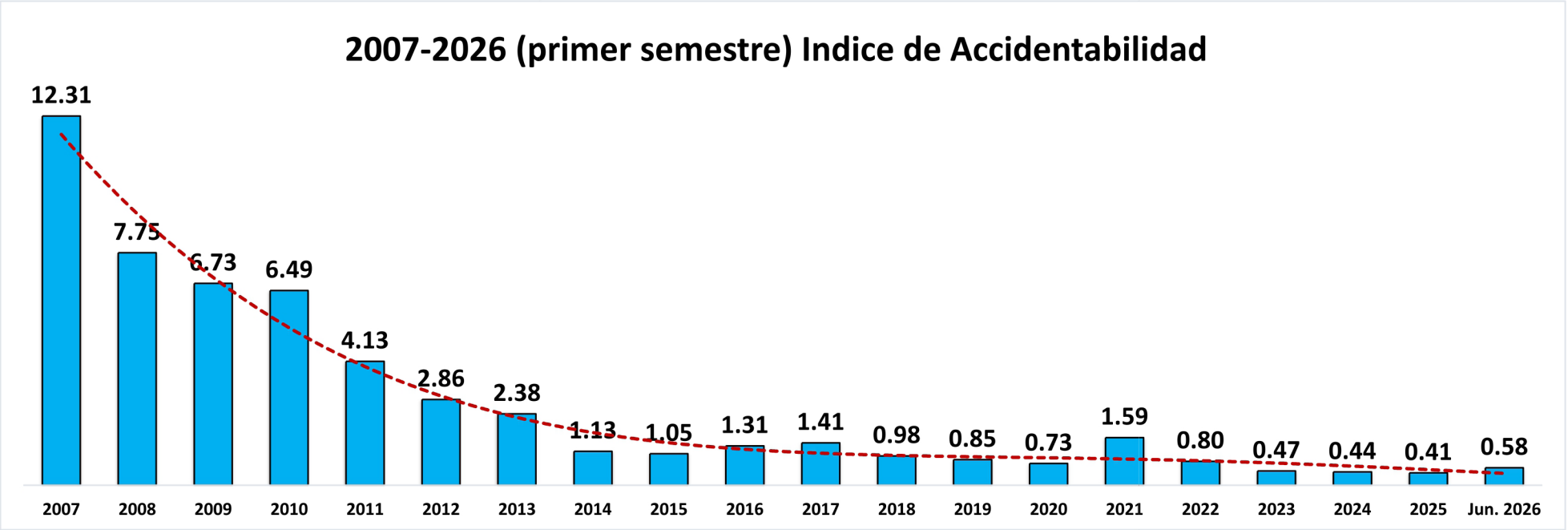
4.4. Cuadro estadístico de índices de Frecuencia, Severidad y Accidentabilidad..

AÑO	ÍNDICE DE FRECUENCIA	ÍNDICE DE SEVERIDAD	ÍNDICE DE ACCIDENTABILIDAD
2007	5.57	2211	12.31
2008	4.44	1745	7.75
2009	4.35	1547	6.73
2010	4.19	1550	6.49
2011	3.50	1180	4.13
2012	3.17	903	2.86
2013	2.85	834	2.38
2014	2.25	504	1.13
2015	1.99	526	1.05
2016	2.17	602	1.31
2017	2.08	681	1.41
2018	2.13	459	0.98
2019	1.82	469.62	0.85
2020	1.78	407.60	0.73
2021	1.99	797.37	1.59
2022	1.79	446.90	0.80
2023	1.72	276.33	0.47
2024	1.84	241.09	0.44
2025	1.69	242.17	0.41
Jun. 2026	1.56	374.10	0.58

*Elaboración: Osinergmin – GSM, en base a la información proyectada del Ministerio de Energía y Minas (no incluye pequeña minería y minería artesanal).

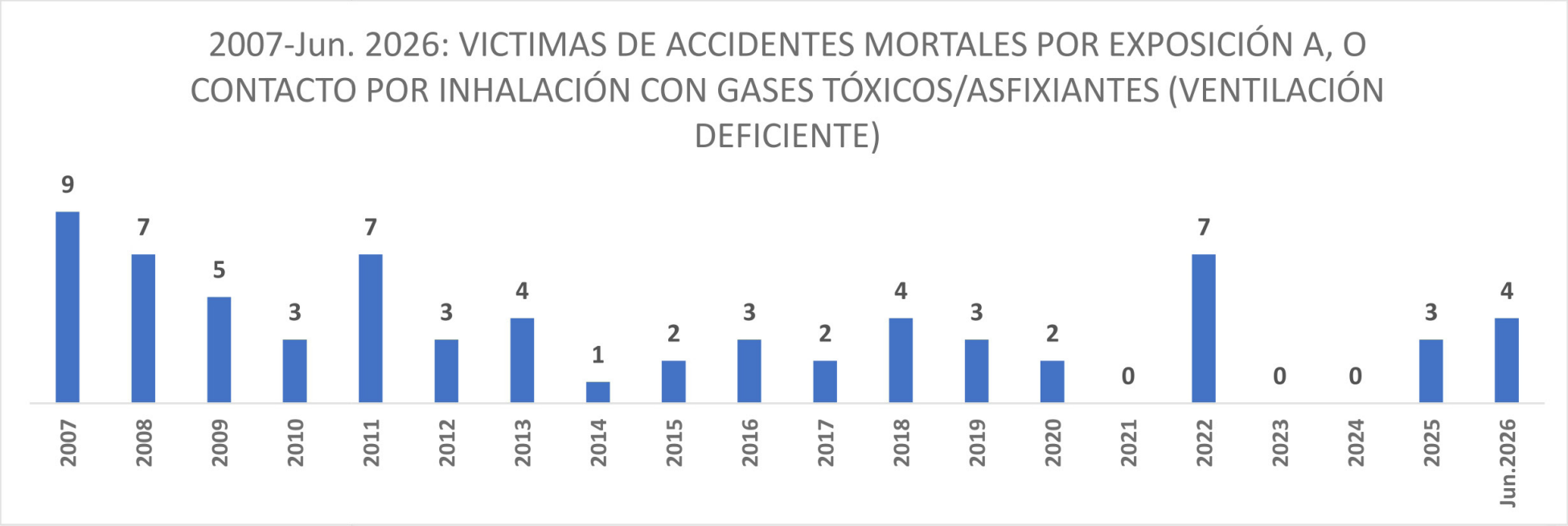

2007-2026 (primer semestre): Índice de Frecuencia
5.57
4.44
4.35
4.19
3.50
3.17
2.85
2.25
1.99
2.17
2.08
2.13
1.82
1.78
1.99
1.79
1.72
1.84
1.69
1.56
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
Jun. 2026


2007-2026 (primer semestre) Indice de Severidad
2211
1745
1547
1550
1180
903
834
504
526
602
681
459
470
408
797
447
276
241
242
374
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
Jun. 2026


2007-2026 (primer semestre) Indice de Accidentabilidad
12.31
7.75
6.73
6.49
4.13
2.86
2.38
1.13
1.05
1.31
1.41
0.98
0.85
0.73
1.59
0.80
0.47
0.44
0.41
0.58
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
Jun. 2026

COMPENDIO ILUSTRATIVO 2026 (I SEMESTRE) POR TIPO DE ACCIDENTE MORTAL

EXPOSICIÓN A, O CONTACTO POR INHALACIÓN CON GASES TÓXICOS/ASFIXIANTE


2007-Jun. 2026: VICTIMAS DE ACCIDENTES MORTALES POR EXPOSICIÓN A, O CONTACTO POR INHALACIÓN CON GASES TÓXICOS/ASFIXIANTES (VENTILACIÓN DEFICIENTE)
9
7
5
3
7
3
4
1
2
3
2
4
3
2
0
7
0
0
3
4
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
Jun.2026

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	N° 01-2026	
OCUPACIÓN	Inspector de seguridad	Operador OP II
EDAD	43 años	50 años
TIEMPO DE SERVICIO	23 años y 1 mes	25 años y 11 meses
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	06/02/2026 - 17:15 horas	
LUGAR DEL ACCIDENTE	Rp -100 2980 / CA DDH 2550	Rp -100 2980 / CA DDH 2550
UNIDAD MINERA	Cobriza	Cobriza
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Huancavelica	Huancavelica
EMPRESA CONTRATISTA		
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Operadores Concentrados Peruanos S.A.C.	

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

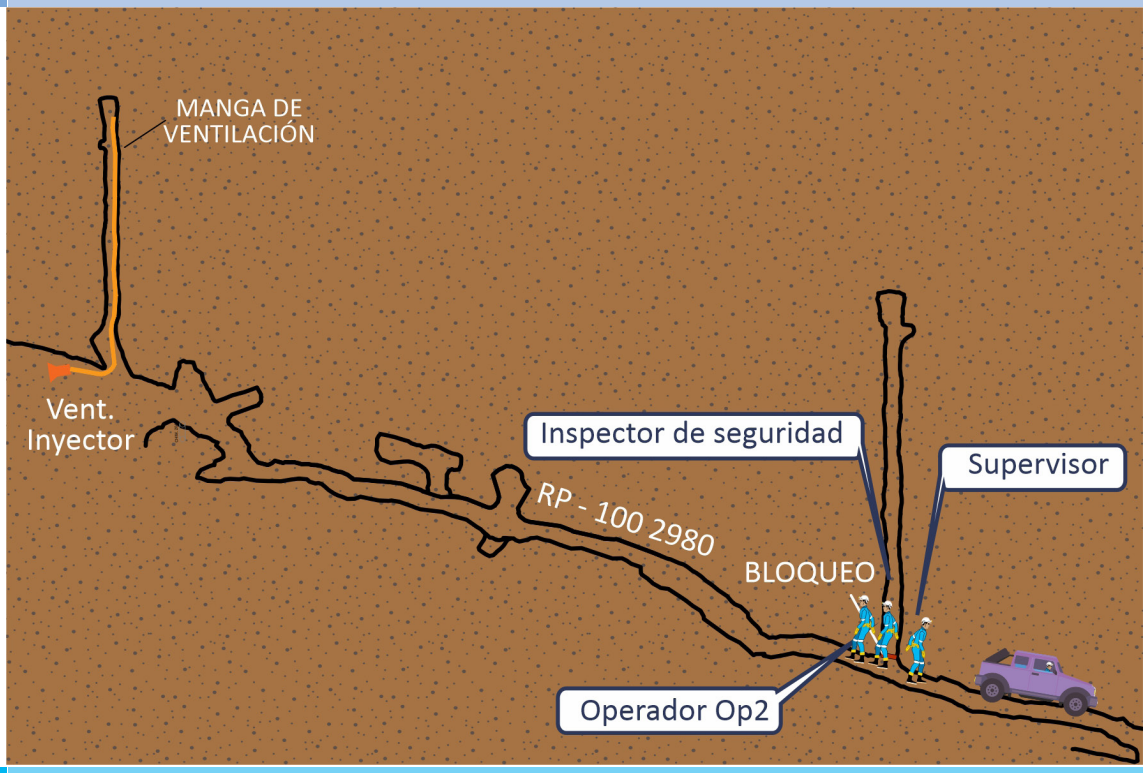
El 6 de febrero de 2026, durante la reunión gerencial, el gerente de seguridad y salud ocupacional y el superintendente de geología coordinaron el monitoreo de gases y temperatura en una cámara bloqueada por elevadas temperaturas, asignando la actividad al ingeniero de seguridad/líder de brigada.

A las 15:50 horas, en la galería de acceso, el líder de brigada y dos trabajadores se equiparon e ingresaron hacia la rampa con dirección a la cámara, mientras el conductor permaneció dentro de la camioneta. A las 16:15 horas, el líder de brigada retornó a la camioneta para pedir un balón de oxígeno adicional para uno de los trabajadores a quien dejó en una zona dentro de la rampa, solicitando además al conductor buscar señal de radio para comunicar la emergencia y requerir auto rescatadores, sogas y más oxígeno; luego, el líder reingresó a la rampa mientras el conductor bajó del vehículo a realizar los reportes. Al retornar tras efectuar la comunicación, el conductor encontró nuevamente al líder de brigada sentado contra la pared de la galería, desorientado, exhausto y con sudoración, por lo que pidió ayuda a otro trabajador de la zona para subirlo a la camioneta y evacuarlo a superficie para su atención médica.

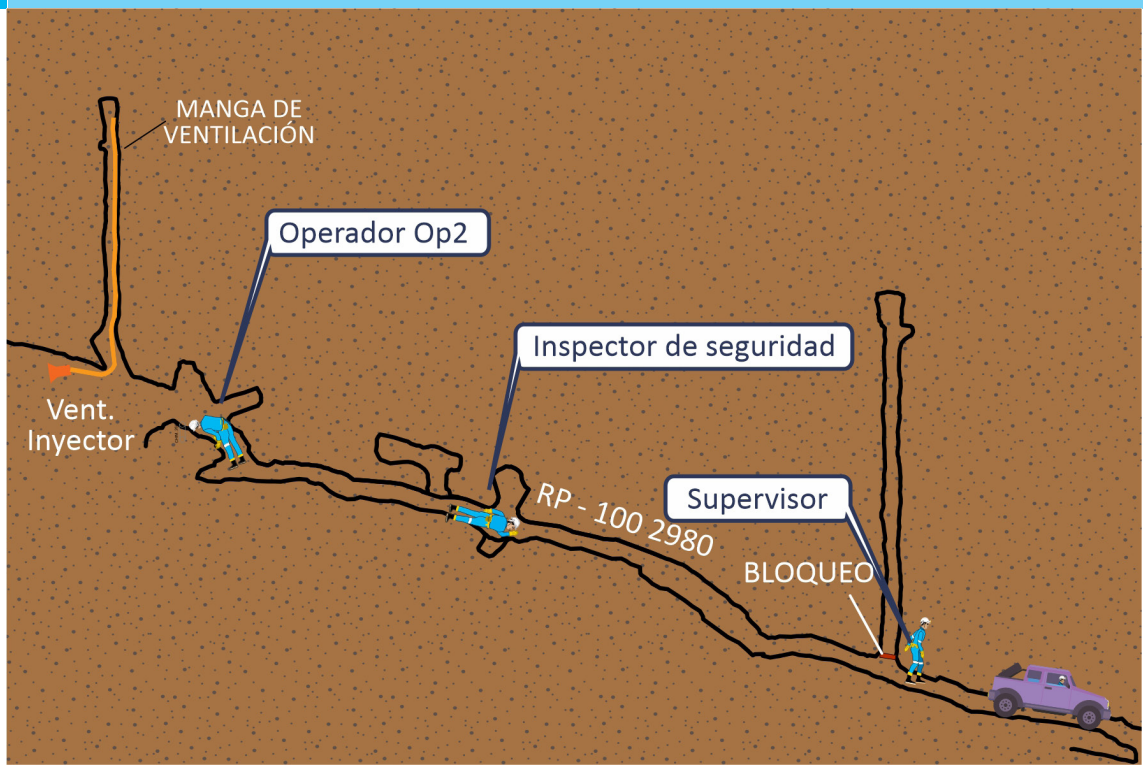
Para rescatar al trabajador dejado en la rampa, se ingresó con la camioneta en retroceso monitoreando la atmósfera con el detector de gases dentro de los límites permisibles hasta hallarlo recostado al lado del hastial derecho; se le subió al vehículo y se le evacuó al centro médico en superficie, donde a las 18:00 horas se declaró su fallecimiento.

Finalmente, para rescatar al último trabajador, se instaló un ventilador auxiliar de 50,000 CFM de capacidad cerca de la galería y se avanzó una manga de ventilación en la rampa hasta encontrarlo a las 23:00 horas, procediendo a ingresarlo en la camioneta para evacuarlo al centro médico en superficie, donde también se declaró su fallecimiento.

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Exposición a, o contacto por inhalación con gases tóxicos/asfixiantes
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Acto y condición subestándar.

*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. La supervisión operativa debe verificar, antes del inicio de toda tarea, que los trabajadores hayan realizado y comprendan la Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y determinación de Controles (IPERC) correspondiente a la actividad a ejecutar.

En este caso, la medición de gases en la CA DDH 2550 S1 del Nv. 0 y RP-100 2980 del Nv.-100 requería una evaluación previa de los peligros asociados a la atmósfera de trabajo, velocidad y caudal de aire y condiciones propias de la labor. La ausencia de verificación por parte de la supervisión evidencia una deficiencia en el control operacional y en el aseguramiento de la aplicación efectiva del IPERC.

Sin un IPERC correctamente elaborado y aplicado, no existe una base para definir, implementar y verificar controles efectivos antes y durante la ejecución de la tarea.

*Las lecciones aprendidas están basadas en lo recabado durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión en ningún caso.

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	Nº 09-2026
OCUPACIÓN	Ayudante perforista — bombero
EDAD	48 años
TIEMPO DE SERVICIO	5 meses
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	31/05/2026 — 09:10 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Rampa MNG / Cámara 7280 Nv 3570
UNIDAD MINERA	Ricomas
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Pasco
EMPRESA CONTRATISTA	Mineralis S.A.C.
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Consorcio Minero Sunec S.R.L.

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

El 30 de mayo de 2026, aproximadamente a las 08:30 horas, un trabajador comunicó la presencia de humos en la profundización de la labor RP-MNG, confirmándose la existencia de concentraciones de monóxido de carbono (CO) en el área. Ante esta condición ambiental crítica, la supervisión dispuso el bloqueo de la labor RP-MNG NV 3670 como medida preventiva para restringir el acceso. Al mediodía, la situación fue informada al superintendente de mina y un equipo liderado por el ingeniero de seguridad realizó el monitoreo del sector, corroborando las altas concentraciones de monóxido de carbono; por lo que a las 13:30 horas se ordenó la restricción total del ingreso a la zona baja, se reforzó el bloqueo de la rampa y se verificó la operatividad del sistema de ventilación forzada para la dilución de los gases.

Durante las reuniones de coordinación previa y de reparto de guardia del turno noche del 30 de mayo, el superintendente de mina y la supervisión reiteraron la prohibición estricta de ingresar a la zona baja de la rampa RP-MNG debido a la persistencia de gases acumulados por combustión de residuos. En dicha reunión se asignó la ejecución de tareas de bombeo en pozas ubicadas en la parte superior y sectores de ingreso a la bocamina. A las 02:00 horas del turno noche, se constató al trabajador realizando labores de bombeo en la poza N.° 1, cerca de la bocamina.

El 31 de mayo de 2026, durante el turno día (entre las 08:00 y 08:40 horas), un técnico mecánico y un ingeniero de mantenimiento se desplazaron al nivel 3662 (zona del extractor ventilador EX-VE 13). Al llegar al punto de bloqueo temporal de la rampa RP-MNG, un supervisor autorizó el ingreso sobrepasando la restricción bajo la premisa de que la zona se encontraba ventilada. Durante el trayecto de retorno, el jefe de guardia y un mecánico abordaron la misma camioneta para dirigirse a atender un equipo scoop inoperativo.

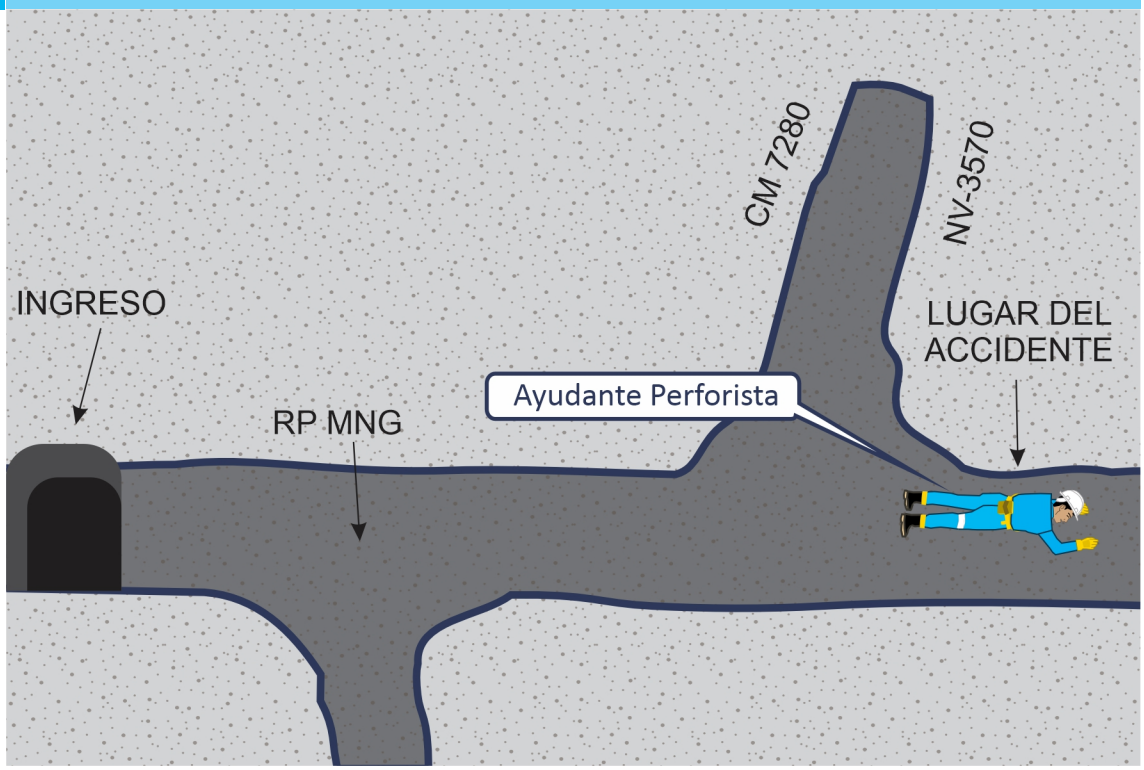
A las 09:00 horas aproximadamente, a 20 metros de distancia del scoop, el ingeniero de mantenimiento visualizó al trabajador tendido en el piso del hastial izquierdo de la rampa RP-MNG, quien proyectaba la luz de su lámpara hacia la corona. Ante esto, el técnico mecánico y el jefe de guardia descendieron del vehículo para auxiliar y levantar al trabajador afectado, mientras el ingeniero de mantenimiento maniobró la unidad móvil para trasladarlo de emergencia hacia el puesto de salud donde se confirmo el deceso del trabajador.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Exposición a, o contacto por inhalación con gases tóxicos/asfixiantes
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Acto y Condición insegura.

*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. Las labores mineras paralizadas deben contar con barreras físicas y controles de acceso que aseguren el aislamiento efectivo de la zona y eviten el ingreso no autorizado de personas. La selección del mecanismo de bloqueo debe sustentarse en la evaluación de riesgos y en las características de la labor, verificando en campo su eficacia para impedir físicamente el acceso.
2. El IPERC de línea base debe contemplar de manera integral los peligros presentes o razonablemente previsibles en las actividades y ambientes de interior mina, incluyendo aquellos asociados a incendios y generación de humo. La identificación de peligros debe considerar las condiciones reales de operación, materiales presentes, fuentes potenciales de ignición y escenarios de emergencia, determinando las consecuencias y estableciendo controles específicos. La exclusión de un peligro por encontrarse fuera del alcance particular de una actividad no debe impedir su evaluación cuando las condiciones del entorno puedan generar una exposición al riesgo.

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	Nº 11-2026
OCUPACIÓN	Técnico en perforación y voladura
EDAD	27 años
TIEMPO DE SERVICIO	10 meses, 26 días
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	06/06/2026 - 09:30 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Cámara de acumulación de desmonte SN 424-6N Piso 6 Nv 4025
UNIDAD MINERA	Morococha
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Junín
EMPRESA CONTRATISTA	Gestión Minera Integral S.A.C.
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Compañía Minera Argentum S.A.C.

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

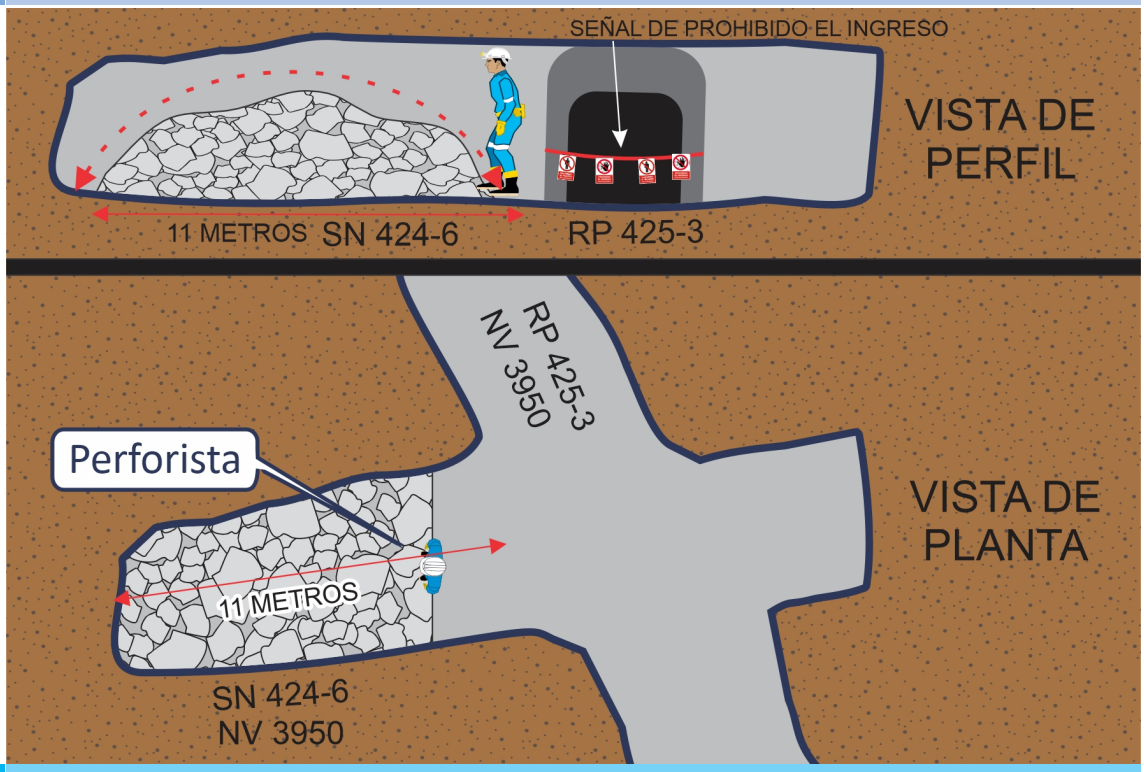
Durante la guardia, al técnico de perforación y voladura se le asignó la tarea de marcar la malla de perforación para taladros de 18 pies, pintar los taladros ejecutados y llevar el control de tiempos de operación en la labor RP 425-3, NV 3950. A las 14:50 horas aproximadamente, el operador de jumbo perdió contacto visual con el trabajador, quien ingresó a la cámara SN 424-6N —una labor paralizada, sin circuito activo de ventilación y con acumulación de gases por encima de los límites de exposición ocupacional permitidos— para atender una necesidad fisiológica. A las 16:10 horas, el supervisor técnico de operaciones constató la ausencia del trabajador durante la etapa de cargado de explosivos; no obstante, se procedió con la consolidación del protocolo de voladura y la autorización del chispeo a las 17:51 horas.

A las 18:47 horas, tras la salida del personal en camioneta, el agente de seguridad de garita retuvo cinco fotochecks por salida extemporánea, entre ellos el del técnico de perforación y voladura. Durante el 5 de junio no se activó el Plan de Emergencia debido a la presunción errónea de que el trabajador se encontraba fuera de las instalaciones, motivada porque las llamadas y mensajes por aplicación móvil ingresaban con normalidad, al haber dejado su computadora portátil con la sesión abierta en las oficinas del centro de control en superficie.

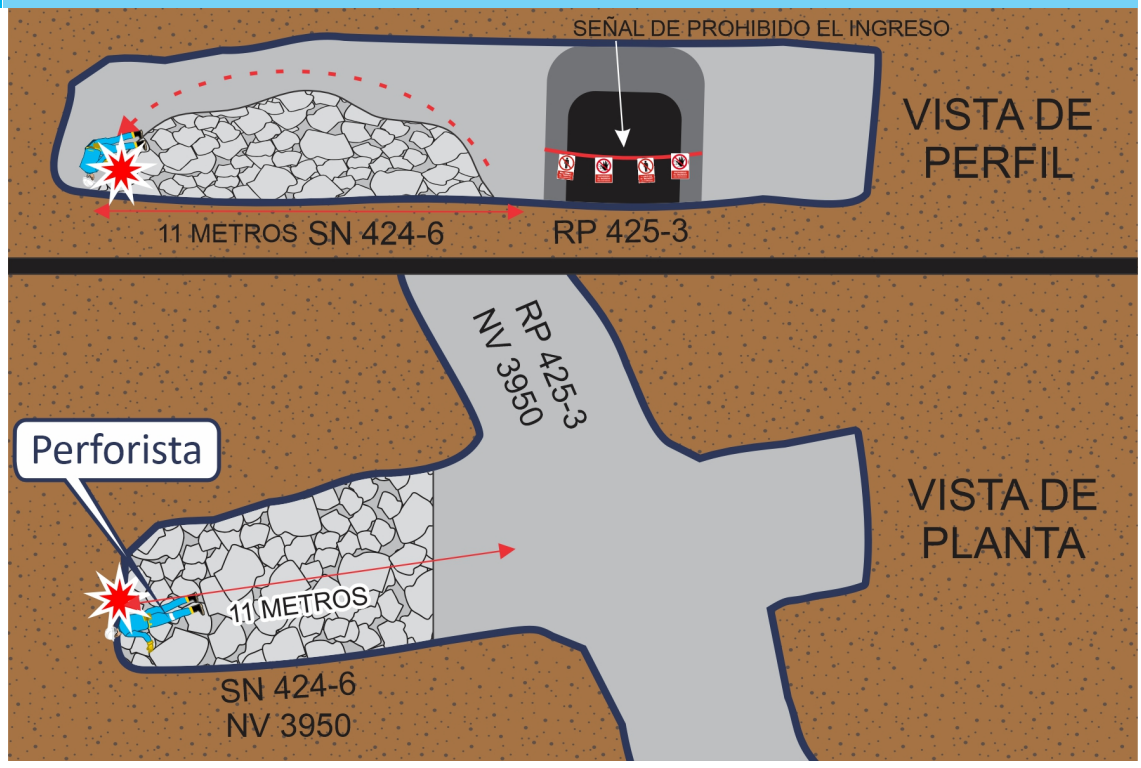
El 6 de junio, tras las indagaciones iniciadas a las 07:30 horas por el superintendente de mina y la alerta dada por un allegado del trabajador, el jefe de seguridad activó el Plan de Emergencia a las 08:50 horas. Durante las cuadrillas de búsqueda en subterráneo, a las 09:20 horas, el supervisor técnico de servicios localizó el cuerpo del trabajador recostado en el piso 6 en la cámara SN 424-6N. Para la ejecución del rescate, se procedió primeramente a desempalmar y reorientar la manga de ventilación hacia el interior de la cámara para la dilución de la atmósfera de gases, certificándose el deceso posteriormente.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

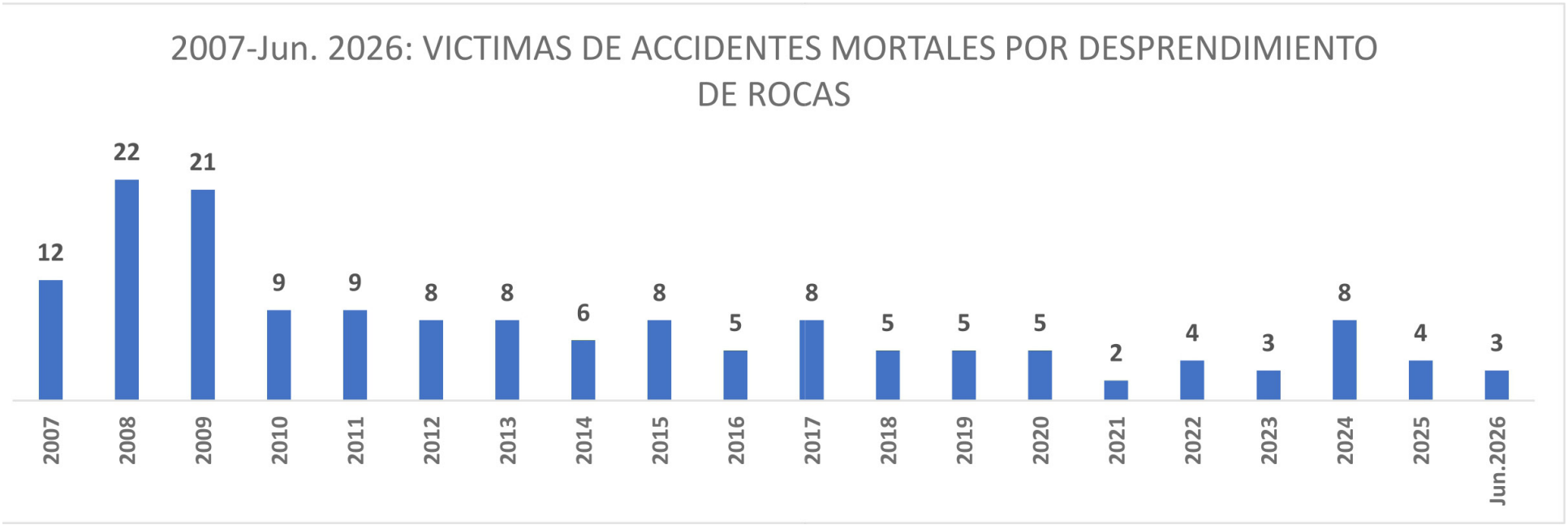
1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Exposición a, o contacto por inhalación con gases tóxicos/asfixiantes
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Acto y Condición insegura.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. Las labores mineras temporalmente paralizadas deben contar con un sistema de clausura y bloqueo físico que garantice el aislamiento efectivo de la labor e impida el ingreso de personas. La utilización exclusiva de cordones y señalización constituye un control insuficiente cuando existe posibilidad de acceso físico. El sistema de bloqueo debe ser rígido, resistente y acorde con las características de la labor, verificándose periódicamente su integridad y efectividad.
2. La supervisión debe verificar en campo que los controles establecidos en los estándares de bloqueo sean implementados conforme a sus especificaciones técnicas y no únicamente mediante la presencia de señalización. Cuando una labor paralizada es utilizada como depósito temporal de desmonte, el bloqueo debe proporcionar una barrera física efectiva, complementada con señalización de prohibición de ingreso. La verificación debe confirmar la instalación, integridad y funcionalidad del sistema de bloqueo, especialmente después de modificaciones, reapertura de labores próximas o cambios en las condiciones operativas.

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

DESPRENDIMIENTO DE ROCAS


2007-Jun. 2026: VICTIMAS DE ACCIDENTES MORTALES POR DESPRENDIMIENTO DE ROCAS
12
22
21
9
9
8
8
6
8
5
8
5
5
5
2
4
3
8
4
3
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
Jun.2026

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	Nº 03-2026
OCUPACIÓN	Ayudante Perforista
EDAD	31 años
TIEMPO DE SERVICIO	3 años, 3 meses
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	01/04/2026 — 21:45 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Tj. 574-52-54, Veta Vanesa Nv 610 (tajo)
UNIDAD MINERA	Julcani
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Huancavelica
EMPRESA CONTRATISTA	Constructores de Piques y Servicios Mineros S.A.C.
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Compañía de Minas Buenaventura S.A.A.

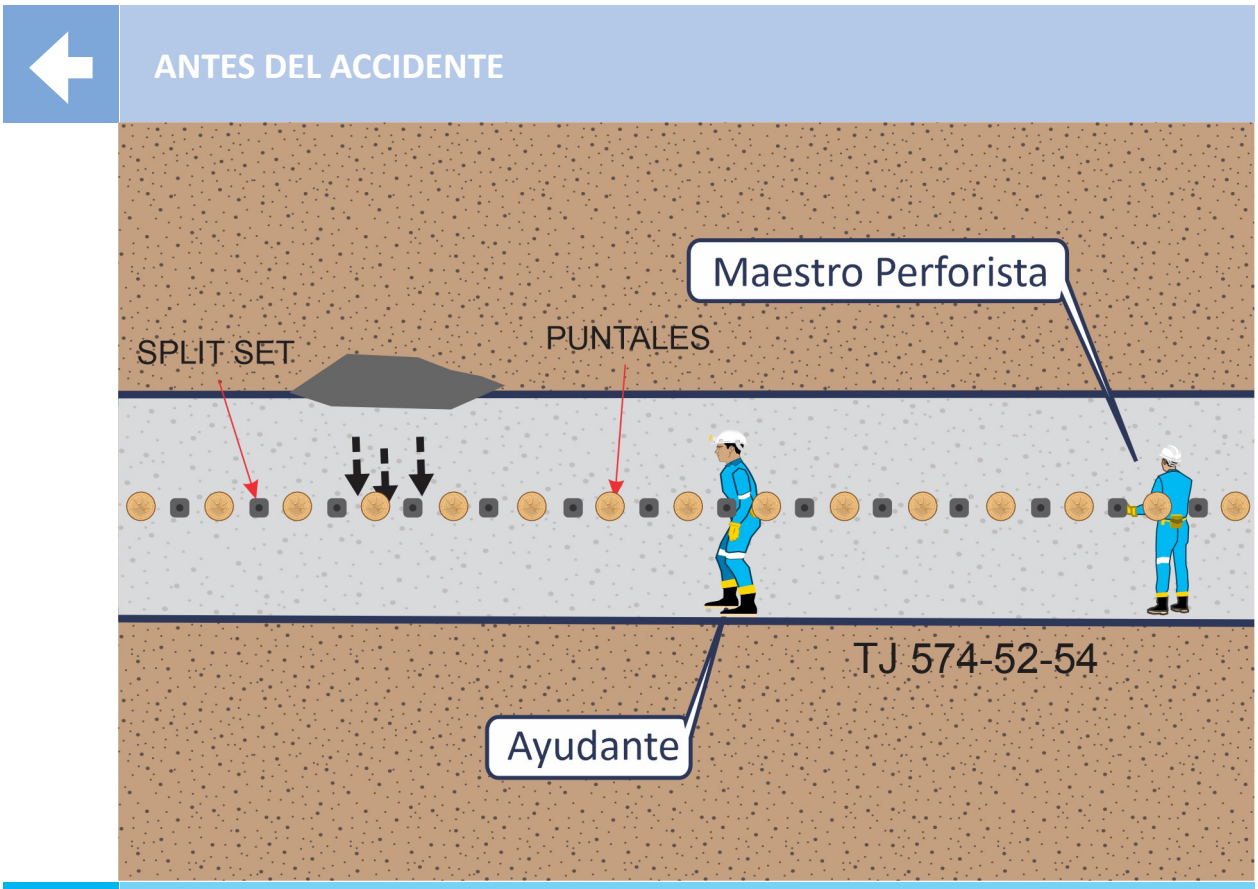
II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

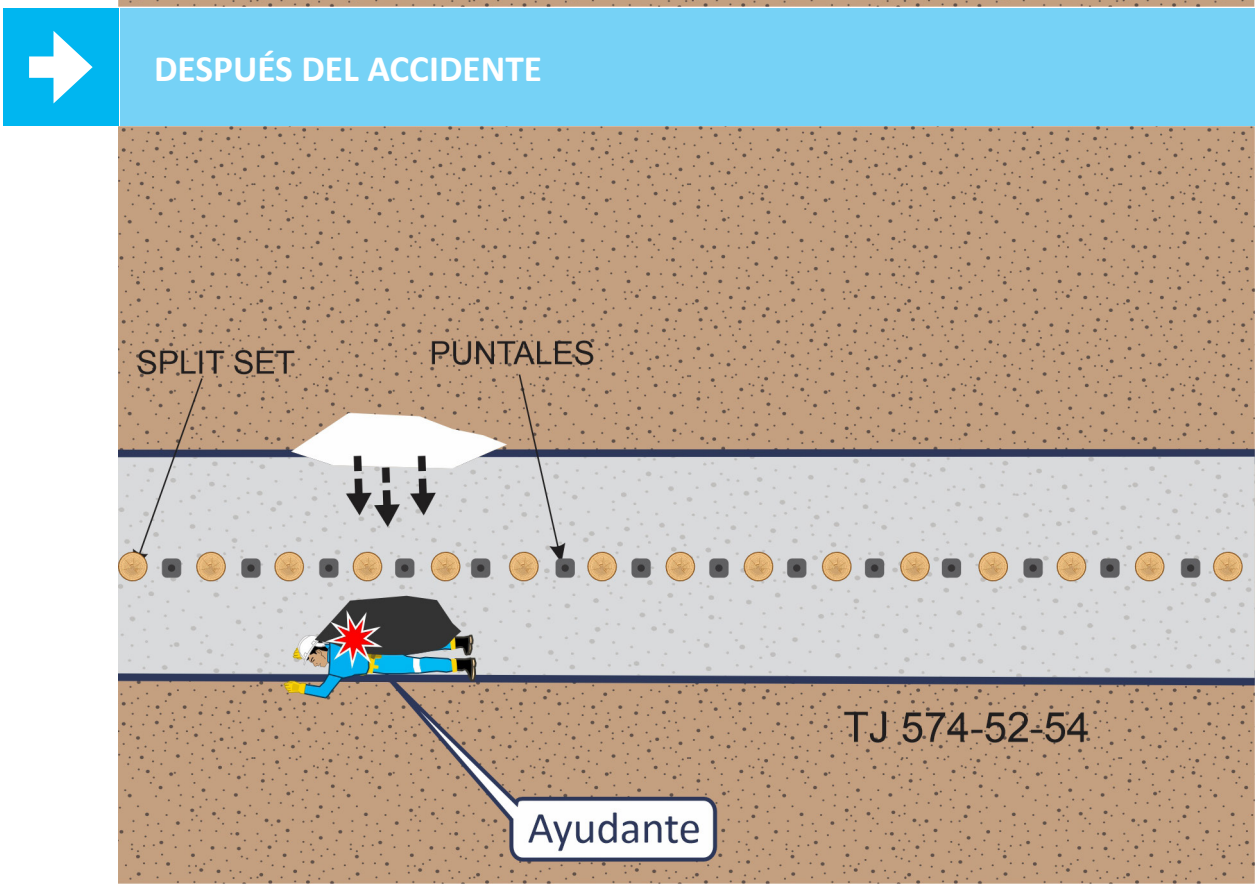
El 1 de abril de 2026, durante el turno día, el ingeniero de guardia impartió verbalmente una orden de trabajo al maestro perforista y al ayudante perforista para realizar el perfilado de la corona con 10 taladros en el tajo 574 52 54 del Nivel 610. Al finalizar la guardia, dicho ingeniero informó al responsable del turno noche que el perfilado había sido concluido, quedando pendientes las tareas de limpieza de mineral y sostenimiento.

Al inicio del turno noche, a las 19:00 horas, el jefe de guardia ordenó a la misma pareja de trabajadores realizar las actividades de ventilación, regado, desatado, sostenimiento y limpieza de mineral en la labor. A las 21:00 horas, ambos trabajadores ingresaron a la labor y completaron el IPERC Continuo. Concluida la evaluación, iniciaron el desatado de rocas en avanzada y, al finalizarlo, el maestro perforista midió el ancho de la labor y le comunicó al ayudante perforista que iría a cortar un puntal para el sostenimiento cerca de la chimenea de acceso.

Mientras el maestro perforista cortaba el puntal de madera, el maestro muestrero ingresó a la labor, transitó a su lado y se detuvo en la intersección a observar la corona del tajo. Al terminar el corte, el maestro perforista ingresó nuevamente pasando por la misma intersección; en ese instante, ambos escucharon un fuerte ruido proveniente del interior, por lo que ingresaron de inmediato y hallaron al ayudante perforista atrapado por bloques de roca desprendidos. Aproximadamente a las 21:45 horas, el maestro perforista y el maestro muestrero se retiraron de la labor y descendieron para dar aviso. En el trayecto informaron del accidente al jefe de zona, quien lo comunicó vía radio al jefe de guardia. Se activó la brigada de emergencia para la atención correspondiente y se ordenó el bloqueo del área afectada para restringir el acceso y salvaguardar al personal.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)





IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Desprendimiento de rocas
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Condición subestándar.

*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. La evaluación geomecánica local debe mantenerse actualizada y contener la totalidad de los parámetros técnicos exigidos por la normativa aplicable, debido a que constituye el sustento para determinar las condiciones de estabilidad del macizo rocoso y definir el sistema de sostenimiento correspondiente. La omisión de información geomecánica relevante limita la capacidad de identificar mecanismos de falla y establecer controles preventivos adecuados.
2. La supervisión debe verificar y ratificar el IPERC Continuo antes y durante la ejecución de actividades críticas, asegurando que los peligros y riesgos identificados correspondan a las condiciones reales de la labor y que los controles establecidos sean implementados y efectivos. La falta de ratificación debilita el proceso de control operacional y permite que se ejecuten tareas bajo condiciones de riesgo no validadas por la supervisión.
3. La transferencia de turno debe garantizar la continuidad de la gestión de riesgos mediante un registro formal de las condiciones de seguridad, peligros remanentes, cambios en las condiciones de la labor y controles pendientes de implementación. La ausencia de comunicación documentada entre turnos puede generar pérdida de información crítica y exponer al personal entrante a condiciones de riesgo que no fueron oportunamente comunicadas ni controladas.
4. La supervisión debe verificar que el sostenimiento instalado corresponda estrictamente a las condiciones geomecánicas y al estándar establecido para la labor. En este caso en particular, en una excavación temporal con buzamiento mayor a 45°, RMR de 36 y roca tipo IV-A (mala), la omisión de las gatas mecánicas como elemento de pre-soporte representa una desviación del control geomecánico establecido e incrementa la probabilidad de inestabilidad y caída de rocas.
5. La estabilidad de una labor subterránea depende de la integración efectiva entre la caracterización geomecánica, la evaluación de riesgos, la selección del sostenimiento y la verificación de su implementación. Un control definido técnicamente pierde efectividad cuando no es actualizado, comunicado, ratificado o verificado por la supervisión.

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	Nº 06-2026
OCUPACIÓN	Jefe de Mina
EDAD	47 años
TIEMPO DE SERVICIO	5 años, 2 meses
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	03/05/2026 — 09:30 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Ventana Nº4, Nivel 21, Tajo 265 XC 330 V4
UNIDAD MINERA	Americana
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Lima
EMPRESA CONTRATISTA	Gestión Minera Integral S.A.C.
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Sobreandes S.A.C.

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

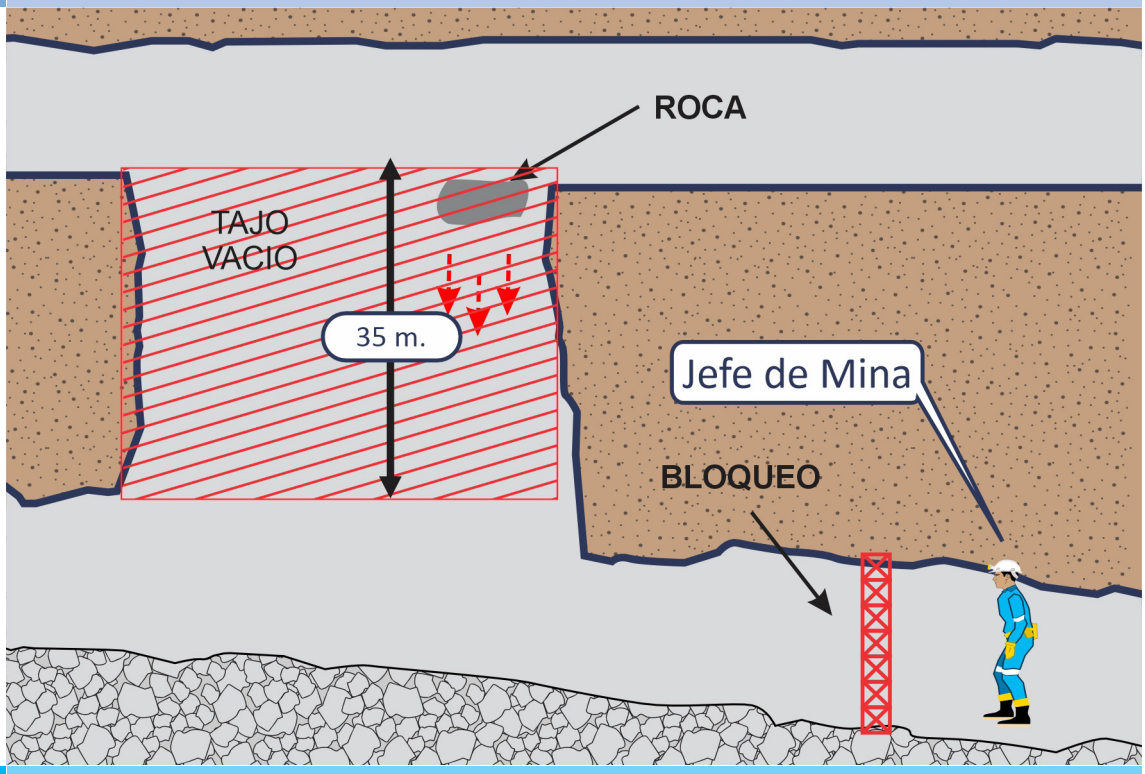
El 2 de mayo de 2026, durante la guardia nocturna, se instaló la luminaria en la ventana 4 del tajo 265 y se realizó la extracción de mineral empleando un equipo scoop a telemando. Antes de culminar ese turno, se retiró la luminaria y el jefe de guardia procedió con el bloqueo del acceso al tajo. Al día siguiente, 3 de mayo, alrededor de las 6:30 a.m., el jefe de mina se presentó al reparto de guardia, donde ordenó a los electricistas reponer la iluminación en la referida ventana 4 y al operador del scoop continuar con la extracción de mineral por ese mismo sector. La guardia entrante sufrió un retraso debido a una avería en su transporte, logrando ingresar al interior de la mina aproximadamente a las 8:00 a.m. Tras concluir el reparto, el jefe de mina fue trasladado en una camioneta hasta la bodega del nivel 21; una vez allí, su conductor se dirigió hacia otra labor mientras el jefe de mina continuó el trayecto a pie con dirección al tajo 265.

Aproximadamente a las 9:30 a.m., un electricista funcional-conductor que transitaba en una camioneta por el acceso al tajo 265 identificó un cuerpo tendido en el piso rodeado de bloques de roca, producto de un desprendimiento. Sin descender del vehículo, este trabajador retrocedió para buscar a otros compañeros con el fin de ingresar nuevamente y reconocer a la persona. Posteriormente, se dirigió a la bodega del nivel 21 para comunicar el suceso vía telefónica a la central de emergencias.

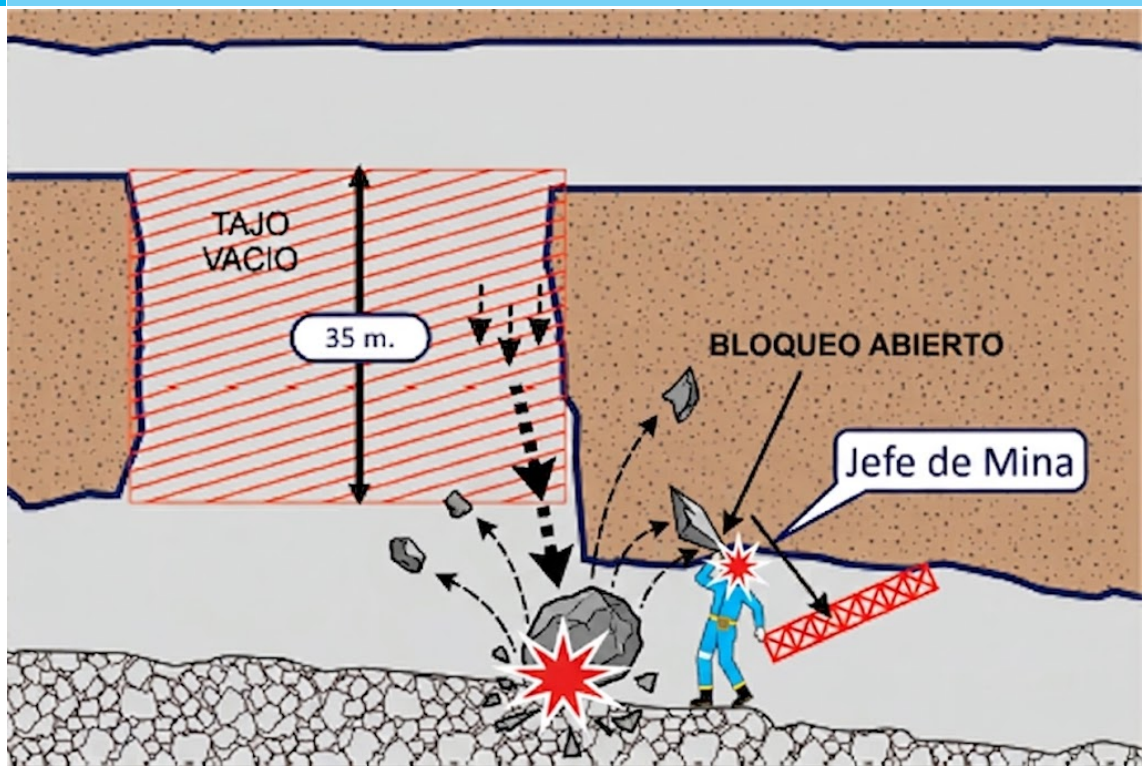
A las 9:45 a.m., luego de que algunos trabajadores verificaron que el cuerpo del jefe de mina no presentaba movimiento, procedieron a retirarse de la zona. En cumplimiento de los protocolos establecidos, se activó la brigada de emergencia para iniciar las labores de atención y se dispuso el bloqueo del área afectada para restringir el ingreso de personal no autorizado. Cerca de las 10:10 a.m., una ambulancia y una camioneta de respuesta ante emergencias ingresaron hacia el lugar del evento. Más tarde, a las 12:55 p.m., efectivos policiales entraron a la mina para efectuar el levantamiento del cadáver, tras lo cual la ambulancia se retiró de las instalaciones a las 3:40 p.m.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Desprendimiento De rocas
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Condición subestándar.

*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. Los estándares de control de acceso y bloqueo deben ser revisados y actualizados a partir de la evidencia operacional y del comportamiento real de los peligros geomecanicos, considerando escenarios de máxima consecuencia y el alcance potencial de la proyección o caída de bancos. Las distancias de emplazamiento de barreras deben responder a una evaluación técnica del riesgo y no únicamente a parámetros establecidos previamente en el estándar.
2. La línea base del IPERC debe mantenerse alineada con los procedimientos operativos vigentes y con las actividades críticas efectivamente ejecutadas, incorporando los peligros, riesgos y controles derivados de la experiencia operacional y de los eventos ocurridos. Una línea base desactualizada limita la identificación y evaluación sistemática de los riesgos y puede generar controles insuficientes para actividades críticas como la apertura de bloqueos en tajos de taladros largos.

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	Nº 10-2026
OCUPACIÓN	Capataz
EDAD	44 años
TIEMPO DE SERVICIO	15 años, 0 meses, 12 días
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	03/06/2026 — 03:30 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	SN 9075 NW Nv 2860, Veta Samy
UNIDAD MINERA	Libertad
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	La Libertad
EMPRESA CONTRATISTA	MAROSE Contratistas Generales S.A.C.
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Compañía Minera Poderosa S.A.

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

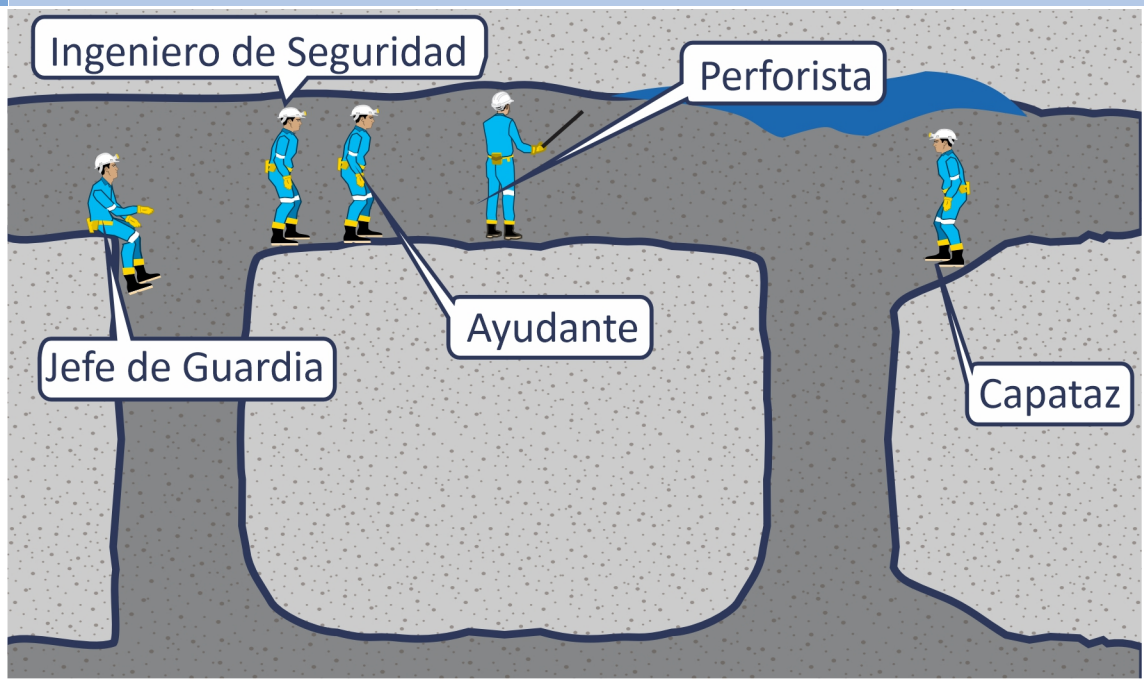
En la guardia diurna del 2 de junio, la supervisión detectó mallas cargadas por la zona del entablado en la intersección del subnivel 9075 NW con la chimenea 9095, disponiendo labores de desate y resane con malla. Durante el relevo de guardia, se advirtió la presencia de un bloque de roca suspendido ("piñata") sostenido deficientemente por un solo perno split set sobresalido 30 cm. Al ingresar el turno noche, los trabajadores elaboraron el IPERC continuo e identificaron el área no viable por la roca suelta y la presencia de un cable eléctrico en el techo, iniciando el desate en avanzada recién a las 23:00 horas tras el corte de energía y retiro de la línea eléctrica por parte del personal de mantenimiento.

A las 03:00 horas, el jefe de guardia y el capataz inspeccionaron la labor mediante el percutido del techo con barretilla (presentando un sonido metálico) e intentaron desatascar la roca suspendida con una barretilla de mayor longitud, sin lograr su caída. A las 03:22 horas aproximadamente, el jefe de guardia retrocedió hacia el acceso de la chimenea 9095 y el ingeniero de seguridad se ubicó en la entrada, quedando el capataz en la intersección observando al perforista aplicar fuerza repetida para mover la roca suelta. A las 03:34 horas, se generó un estruendo y el colapso repentino de la corona en toda esa sección, desprendiéndose la masa rocosa en su totalidad y originando una nube de polvo.

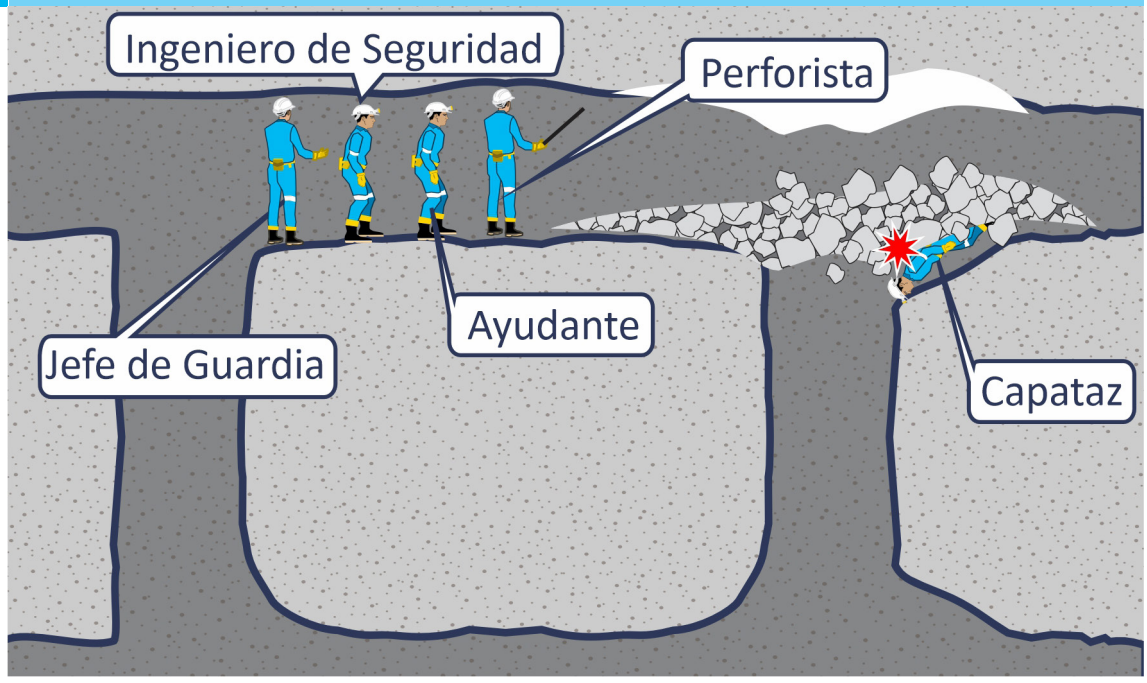
Tras la ventilación del sector mediante la manga de aire, se constató la ausencia del capataz; el ayudante apagó el extractor de aire para verificar llamados y, al realizar la inspección visual, el jefe de guardia comprobó que la zona del entablado se encontraba totalmente sepultada por la carga rocosa colapsada. Inmediatamente se activó el protocolo de emergencia, disponiéndose la instalación de gatas mecánicas para la estabilización y sostenimiento de la corona antes de proceder con el rescate y desmovilización del material.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Desprendimiento de rocas
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Acto y Condición insegura.

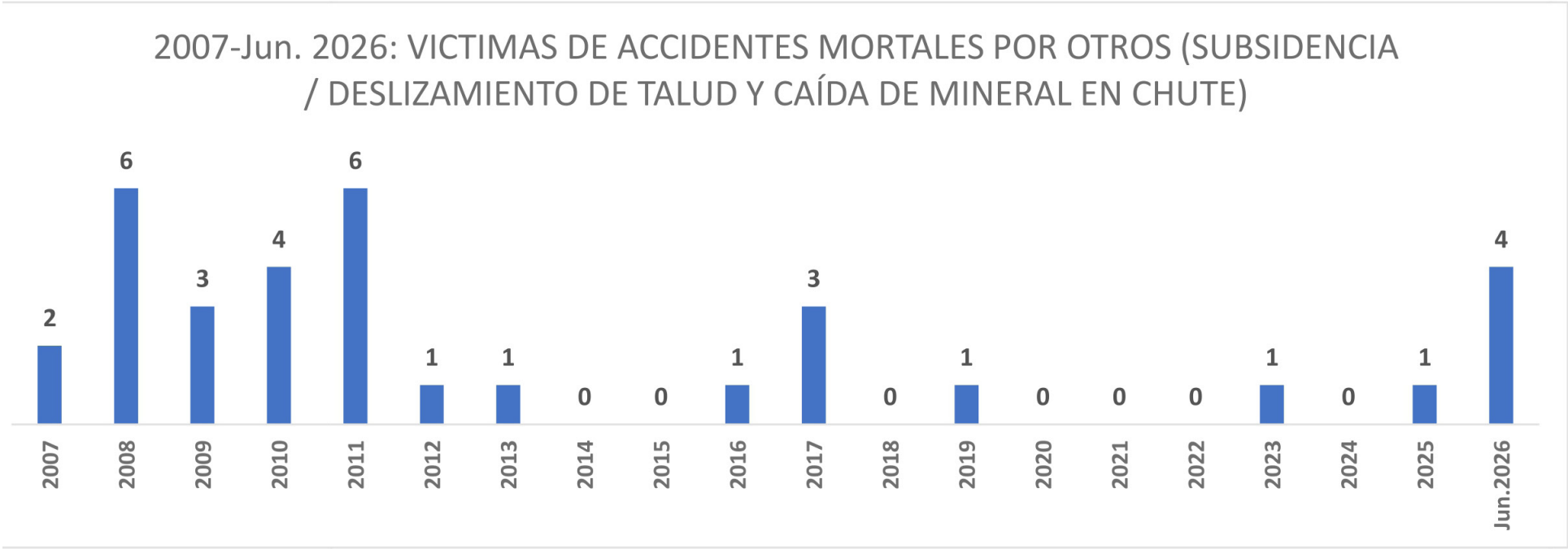
*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. En la ejecución de trabajos de desatado la verificación del IPERC continuo debe incorporar el peligro de caída y desprendimiento de rocas, considerando escenarios asociados a eventos microsísmicos y a la pérdida de estabilidad del macizo rocoso. La identificación de una condición inestable debe traducirse en controles efectivos sobre la zona de influencia, línea de fuego y ubicación de los trabajadores.
2. La identificación de cuñas debe estar sustentada en una evaluación geomecánica que permita determinar sus dimensiones, mecanismo potencial de falla y estabilidad antes de seleccionar el sostenimiento. Las dimensiones de la cuña deben contrastarse con la capacidad portante y longitud de anclaje de los pernos, evaluando previamente alternativas como el perfilado, sostenimiento activo o sostenimiento pasivo, según corresponda.
3. La identificación de condiciones desfavorables del macizo rocoso debe generar una respuesta de control oportuna y técnicamente sustentada. La existencia de un sistema de sostenimiento instalado no garantiza por sí sola la estabilidad de la excavación; su capacidad debe ser evaluada frente a las condiciones estructurales, discontinuidades y solicitaciones dinámicas presentes. Ante evidencias de inestabilidad, deben implementarse oportunamente medidas adicionales de estabilización, restringiendo la exposición de trabajadores hasta alcanzar condiciones estructuralmente seguras.

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

SUBSIDENCIA


2007-Jun. 2026: VICTIMAS DE ACCIDENTES MORTALES POR OTROS (SUBSIDENCIA / DESLIZAMIENTO DE TALUD Y CAÍDA DE MINERAL EN CHUTE)
2
6
3
4
6
1
1
0
0
1
3
0
1
0
0
0
1
0
1
4
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
Jun.2026

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	N° 13-2026	
OCUPACIÓN	Operador de Volquete	Operador de cargador frontal
EDAD	32 años	49 años
TIEMPO DE SERVICIO	2 años, 9 meses	6 años, 1 mes, 13 días
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	18/05/2026 — 06:50 horas	18/05/2026 — 06:50 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Vía CORVUS	
UNIDAD MINERA	Gran Arcata	
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Arequipa	
EMPRESA CONTRATISTA	Empresa Comunal Virgen de las Nieves	
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Sierra Minera Caraz S.A.C.	

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

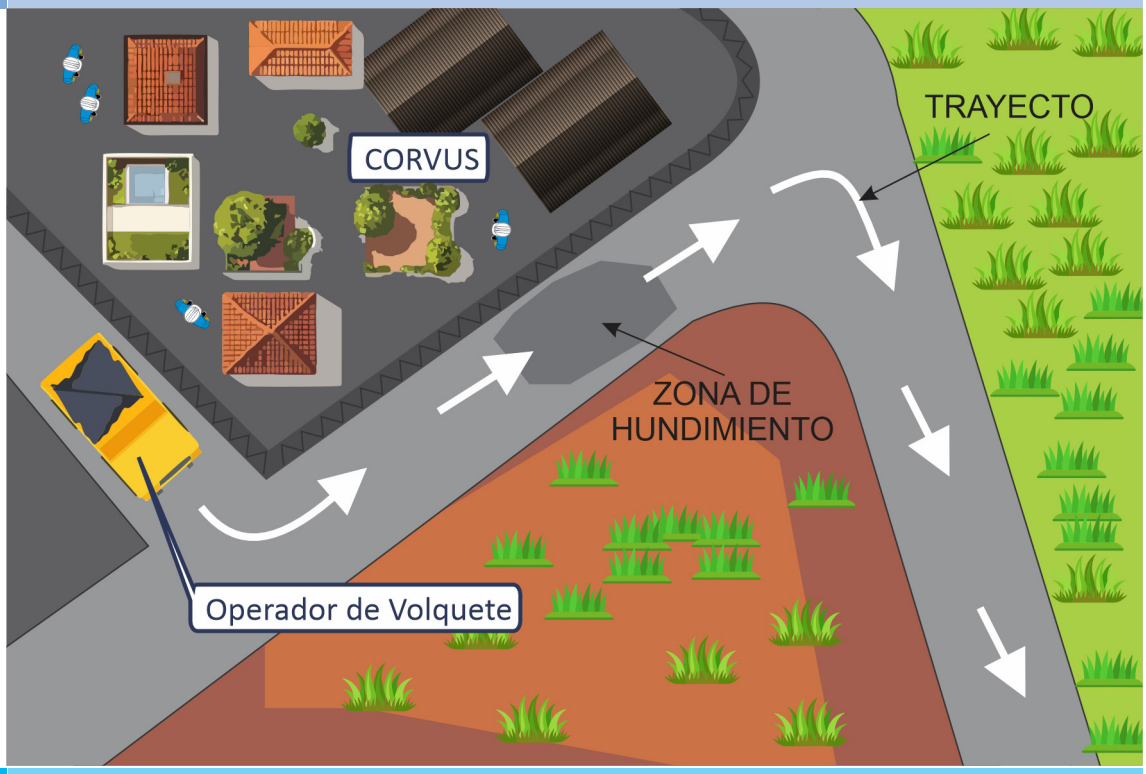
Al inicio de la guardia diurna del 18 de mayo de 2026, la supervisora de seguridad de la empresa contratista ordenó al operador de volquete y al operador de cargador frontal trasladarse en un volquete desde la explanada de almacén hacia una cantera para ejecutar labores de carga, descarga y acarreo de materiales. Para esta misma tarea se asignaron en total tres volquetes que debían desplazarse por la misma ruta hacia la zona de trabajo.

Aproximadamente a las 06:30 horas, las tres unidades iniciaron su tránsito partiendo del área de parqueo y relevo, desplazándose por la carretera ubicada entre el campamento y la explanada. Tras el paso de las dos primeras unidades, alrededor de las 06:50 horas, la tercera unidad —conducida por el operador de volquete y llevando como copiloto al operador de cargador frontal— sufrió la subsidencia y colapso repentino del terreno de la vía frente al almacén, quedando la unidad móvil y sus dos ocupantes atrapados bajo el hundimiento.

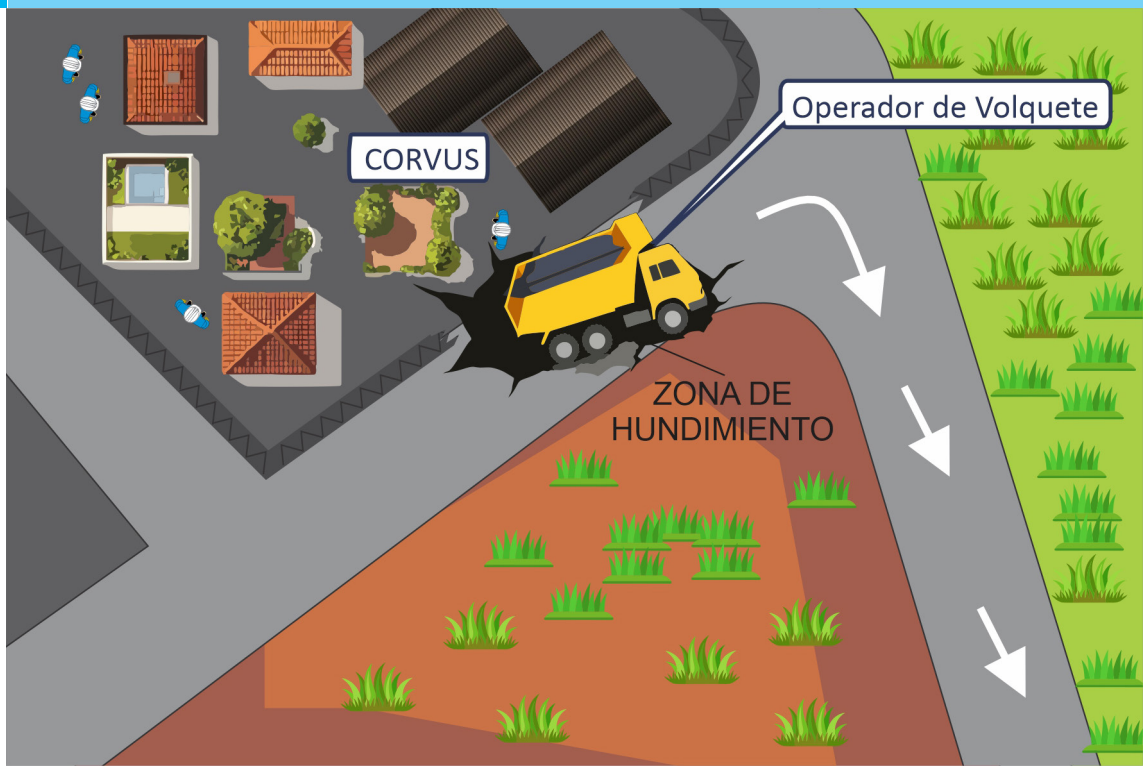
A las 06:55 horas aproximadamente, la supervisión de servicios de concreto reportó la presencia de un forado en la carretera, lo que llevó al jefe de mina del titular a inspeccionar el hundimiento del terreno, notificar la condición por el grupo de comunicación interna y alertar a los supervisores de geomecánica, desconociéndose hasta ese momento que el vehículo se encontraba sepultado en el lugar. En la cantera de destino, un mecánico notificó a la supervisora de seguridad la ausencia de la tercera unidad y la imposibilidad de contactar a los ocupantes por llamadas telefónicas. Tras solicitar el reporte del sistema de localización satelital (GPS) a la tesorera de la contrata, la supervisora de seguridad acudió al punto de la falla y planteó la hipótesis del atrapamiento ante el jefe de control de proyectos y el personal de la brigada de emergencia, quienes indicaron no observar indicios visibles en la superficie del terreno. Al recibir la confirmación del GPS marcando la ubicación final del volquete en la coordenada de la subsidencia, se presentó la evidencia al gerente de seguridad y salud ocupacional, quien dispuso la activación del Comité de Crisis y el inicio de los trabajos de remoción de material para las maniobras de rescate, confirmándose el deceso de los trabajadores el 24 de junio de 2026.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Subisdencia (Otros)
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Condición insegura.

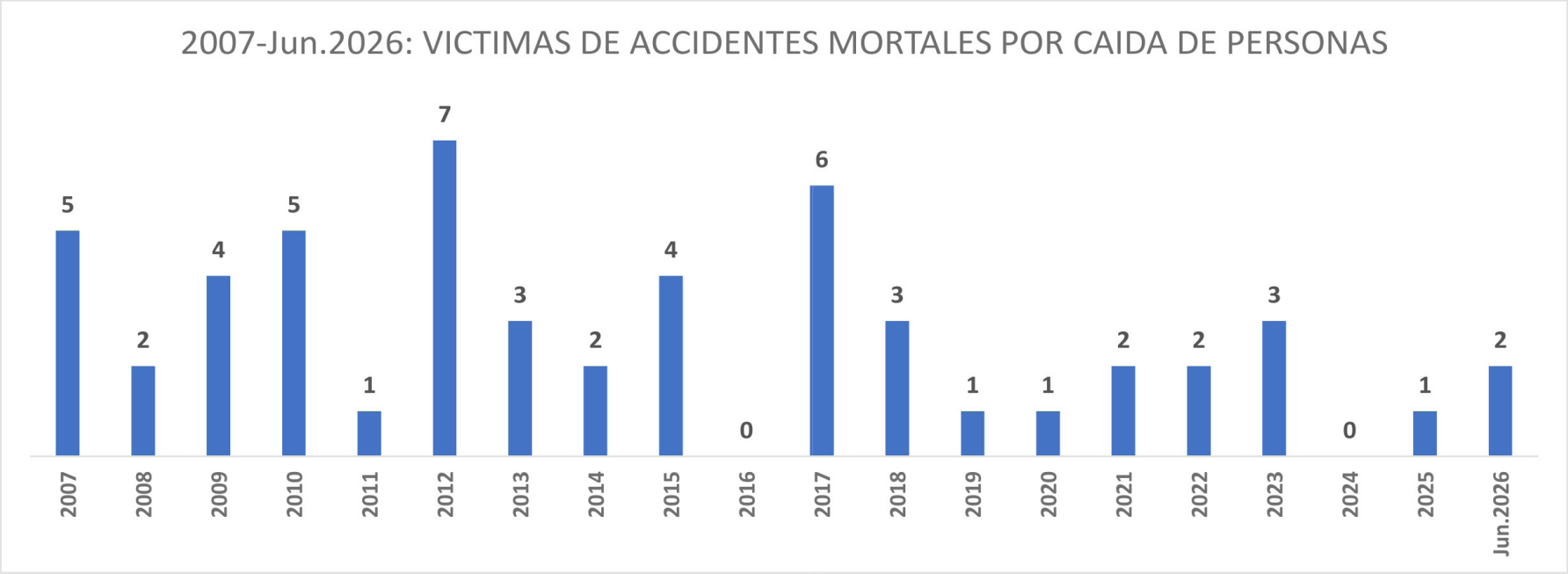
*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. El estudio hidrogeológico debe mantenerse actualizado y representar las condiciones reales de la unidad minera, incorporando el inventario de fuentes y descargas, balance hídrico, hidroquímica, caudales y plan de manejo de aguas subterráneas. Asimismo, debe considerar estructuras geológicas regionales que puedan condicionar el comportamiento hidrogeológico y la estabilidad del terreno, como el Corredor Estructural Condoroma–Caylloma identificado en la zona donde ocurrió la subsidencia.
2. El IPERC de línea base debe integrar las condiciones geológicas, hidrogeológicas y geomecánicas que puedan generar mecanismos de falla en superficie. La presencia de bofedales, labores cercanas a superficie y puentes de roca tipo V debe ser considerada como información de entrada para identificar el peligro de subsidencia, evaluar sus consecuencias y establecer controles preventivos y de monitoreo. La evaluación debe abarcar la interacción entre las labores subterráneas y las condiciones superficiales.
3. El modelo geomecánico global y las evaluaciones locales deben incorporar oportunamente las estructuras geológicas regionales que condicionan la estabilidad del macizo rocoso y del terreno superficial. La omisión del Corredor Estructural Condoroma–Caylloma evidencia la necesidad de integrar información geológica regional, estructuras mayores, labores subterráneas y condiciones superficiales en la caracterización geomecánica. Los estudios deben actualizarse cuando se identifiquen nuevas condiciones que puedan modificar el modelo de estabilidad y los mecanismos potenciales de falla.
4. La evaluación hidrológica debe corresponder a las condiciones actuales de operación y considerar las características geológicas e hidrogeológicas que puedan influir en la estabilidad superficial y subterránea. Los estudios deben actualizarse ante cambios en el titular, condiciones de explotación o conocimiento de estructuras geológicas relevantes, incorporando la interacción entre agua superficial, agua subterránea, labores mineras y estructuras geológicas. Un estudio histórico que no represente las condiciones actuales de la zona de operación no constituye una base técnica suficiente para la gestión del riesgo.

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

CAIDA
DE
PERSONAS


2007-Jun.2026: VICTIMAS DE ACCIDENTES MORTALES POR CAIDA DE PERSONAS
5
2
4
5
1
7
3
2
4
0
6
3
1
1
2
2
3
0
1
2
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
Jun.2026

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	Nº 05-2026
OCUPACIÓN	Operario de Mantenimiento
EDAD	68 años
TIEMPO DE SERVICIO	19 años
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	27/04/2026 — 11:00 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Segundo piso, Casa Fuerza
UNIDAD MINERA	C.M. La Oroya Refinación 1 y 2
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Junín
EMPRESA CONTRATISTA	
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Metalurgia Business Perú S.A.A.

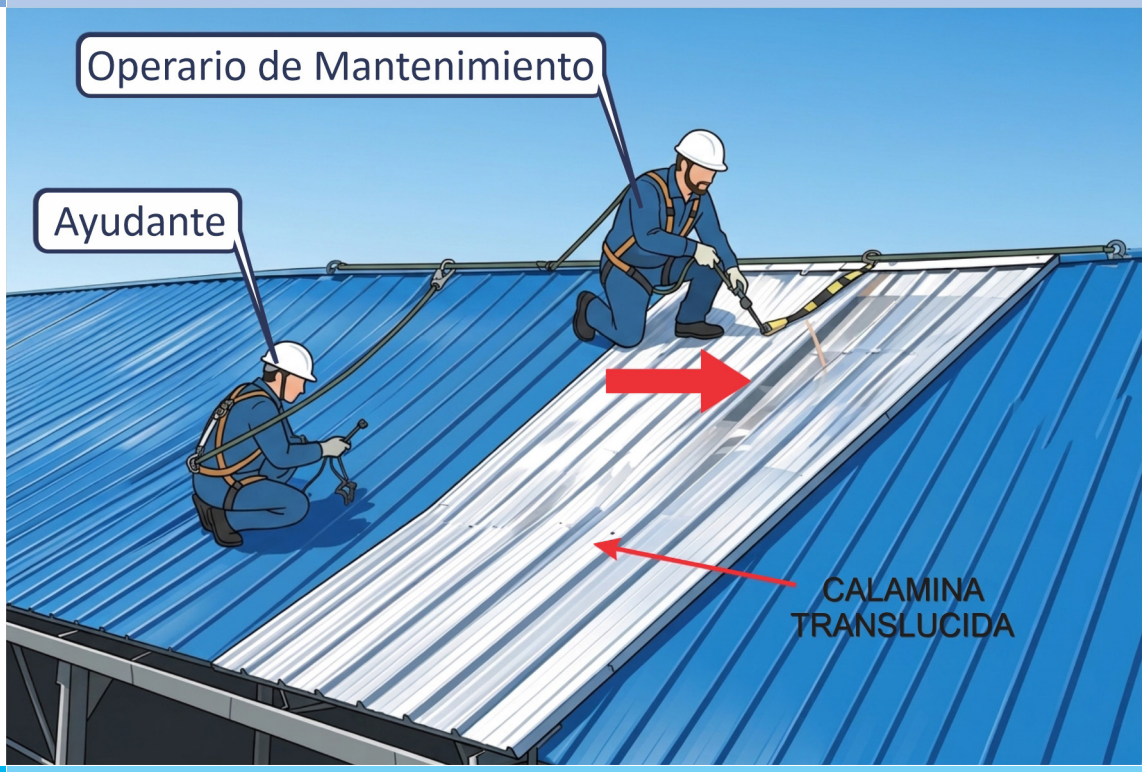
II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

El 27 de abril de 2026, aproximadamente a las 07:30 a.m., el superintendente de mantenimiento impartió una charla de seguridad de cinco minutos a tres trabajadores asignados para el cambio de calaminas en el techo de la casa de fuerza. Posteriormente, el supervisor designado indicó a dos operarios que subieran al techo para retirar remaches y reemplazar planchas deterioradas, debiendo utilizar un arnés de cuerpo completo con línea de anclaje de doble cola conectada a la línea de vida, mientras que el tercer trabajador fue posicionado como vigía en el segundo piso. A las 10:30 a.m., los operarios descendieron al segundo nivel para hidratarse y le comentaron al vigía que habían concluido el trabajo. En ese lapso, otro supervisor de mantenimiento llamó al vigía para reasignarle labores en una zona distinta; el vigía procedió a retirarse sin notificar al supervisor a cargo de la tarea, quien no se encontraba presente en el área. Alrededor de las 10:45 a.m., los dos operarios tomaron la decisión de regresar al techo para avanzar un poco más con el trabajo, retomando las actividades sin la presencia del vigía ni del supervisor de la tarea. Siendo aproximadamente las 11:00 a.m., uno de los operarios se situó en un extremo del techo cortando remaches, mientras que el otro trabajador se ubicó en la cumbrera para facilitarle calaminas nuevas. Durante esta maniobra, el operario posicionado en la cumbrera se encontraba asegurado a la línea de vida utilizando una línea de anclaje de cuerda de una sola cola. Este trabajador perdió el equilibrio, apoyó un pie sobre una plancha antigua de fibraforte traslúcida y, al ceder esta por su peso, cayó al vacío desde una altura aproximada de 16 metros hacia el segundo nivel. Debido a la inercia de la caída y al peso del trabajador, la línea de anclaje simple entró en tensión, hizo contacto con el borde de una calamina metálica contigua y se rompió en un punto de anclaje, provocando que el operario impactara en el nivel inferior.

Tras escuchar un ruido, el compañero que cortaba remaches bajó inmediatamente y reportó el suceso a un ingeniero, quien a las 11:02 a.m. comunicó el hecho por vía telefónica al superintendente, activándose el protocolo de respuesta ante emergencias, luego el accidentado fue evacuado a un centro médico local al que ingresó sin signos vitales.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Caída de personas
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Condición subestándar.

*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. La identificación de peligros y evaluación de riesgos debe realizarse de manera dinámica durante toda la ejecución de las tareas de alto riesgo. En trabajos sobre techos, el IPERC Continuo debe considerar las condiciones reales de acceso y la estabilidad de la superficie de trabajo, debiendo la supervisión ratificar o modificar oportunamente los controles cuando se evidencien condiciones subestándar. La sola identificación inicial de los peligros no resulta suficiente si las condiciones de trabajo pueden modificar el nivel de exposición al riesgo.
2. Las actividades de trabajo en altura deben ejecutarse conforme a los PETS y estándares establecidos, particularmente respecto de las restricciones operativas. El cumplimiento de prohibiciones expresas, como evitar la ejecución de trabajos en altura sin supervisión responsable y no transitar directamente sobre superficies frágiles, corroídas o de baja resistencia, constituye un control esencial para evitar la exposición a riesgos de caída a distinto nivel.
3. En actividades calificadas como de alto riesgo debe asegurarse la presencia permanente de la supervisión durante la ejecución de la tarea. La supervisión en campo permite verificar la implementación de los controles, detectar desviaciones respecto del método de trabajo establecido y disponer oportunamente la paralización o corrección de condiciones subestándar.

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	Nº 12-2026
OCUPACIÓN	Jefe de Guardia
EDAD	43 años
TIEMPO DE SERVICIO	8 meses
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	22/06/2026 — 07:08 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Nv 4100 RC 7001
UNIDAD MINERA	Gran Inmaculada
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Ayacucho
EMPRESA CONTRATISTA	Operaciones Seprocal S.A.C.
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Compañía Minera Ares S.A.C.

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

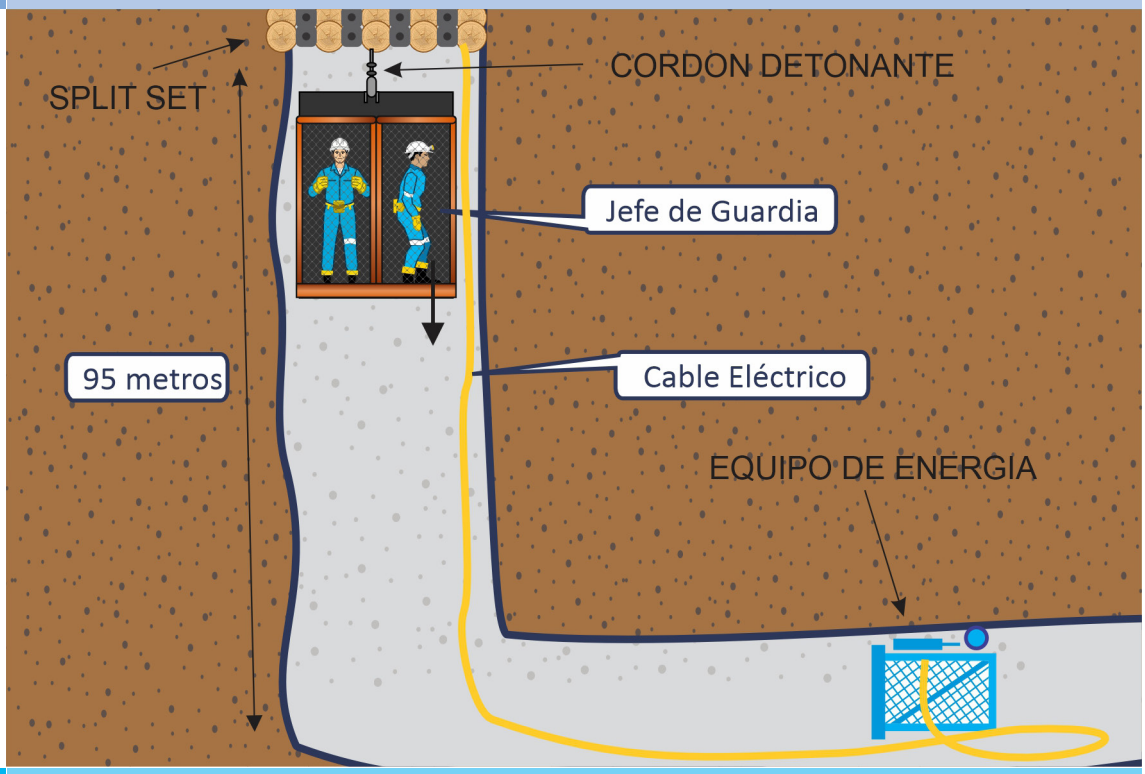
El día del accidente mortal el jefe de guardia y el ingeniero de seguridad se dirigieron al sector de válvulas, donde el jefe de guardia cerró la válvula principal de aire de cuatro pulgadas y ejecutó el desfogue del sistema. Tras revisar los empalmes del cable de disparo y conectar sus terminales al explosor, se realizaron tres accionamientos fallidos de la detonación eléctrica, pese a haber verificado la conexión, realizado cortes en el empalme y conectado directamente la línea al disparador. Ante la voladura no iniciada, el jefe de guardia decidió ascender al tope de la chimenea en el equipo trepador Alimak para inspeccionar el amarre con el fulminante eléctrico, siendo acompañado por el ingeniero de seguridad e indicando al conductor que operara el tablero eléctrico para el despliegue del cable autosoportado.

Durante la elevación del equipo, la tripulación no constató la posición vertical del techo protector de la jaula, produciéndose un impacto contra un perno split set emplazado en la corona de la chimenea. Luego de acceder a la plataforma por la escotilla y no detectar anomalías en la conexión eléctrica, el jefe de guardia retornó a la jaula para descender, pero la unidad no respondió al presionar el botón del tablero, infiriéndose la activación de la traba de seguridad GA5. Los ocupantes intentaron liberar el mecanismo mediante breves elevaciones de la estructura y golpeteo a la zapata con una barretilla, sin obtener resultados.

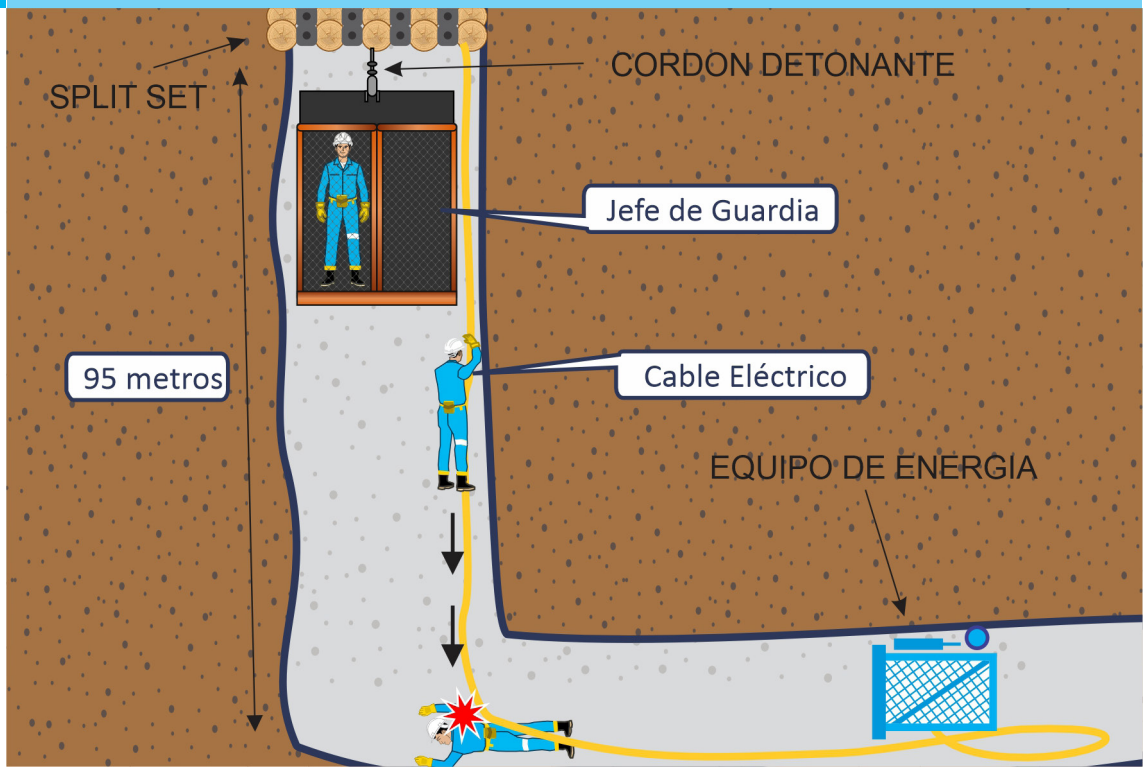
Posteriormente, a solicitud del ingeniero de seguridad, el conductor salió de la cámara para comunicar a la central Z1 el atrapamiento del personal en la jaula. Ante la preocupación manifestada por el jefe de guardia de fallecer a causa de la exposición a gases de voladuras, decidió evacuar la estructura descendiendo por el cable auto soportado. Para atravesar el espacio abierto frontal de la jaula en un segundo intento, el jefe de guardia se despojó del equipo auto rescatador y del monitor de gases. Finalmente, tras abrir la válvula de aire de cuatro pulgadas por indicación previa y retornar a la cámara, el conductor escuchó el choque de un cuerpo en caída desde la chimenea, comprobando al llegar al pie de la labor que el jefe de guardia se había precipitado al vacío.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Caída de personas
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Acto y Condición insegura.

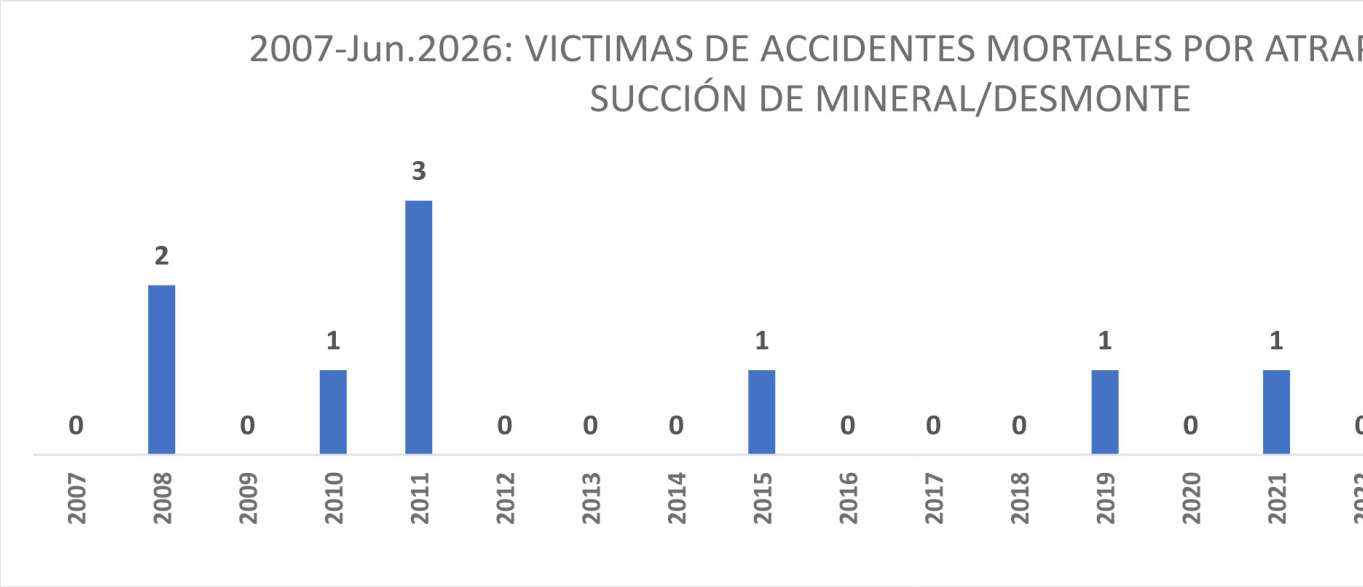
*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. Los procedimientos de voladura deben ser considerados controles críticos y su cumplimiento debe verificarse estrictamente antes, durante y después del chispeo. Ante una falla de disparo, debe mantenerse el aislamiento del área y prohibirse el reingreso hasta cumplir íntegramente el procedimiento establecido para tiros fallados y asegurar la condición segura de la labor.
2. La ubicación de los elementos asociados al sistema de disparo debe cumplir las distancias mínimas de seguridad establecidas en los estándares de voladura, verificándose previamente mediante controles de ingeniería y mediciones en campo. La ubicación de algún elemento a una distancia inferior a la establecida evidencia la necesidad de controlar la zona de exclusión, distancia de seguridad y exposición a la energía de la voladura, evitando que criterios operativos o de accesibilidad prevalezcan sobre los parámetros técnicos definidos para la ejecución segura del disparo.

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

ATRAPADO POR SUCCIÓN DE MINERAL/ DESMONTE


2007-Jun.2026: VICTIMAS DE ACCIDENTES MORTALES POR ATRAP
SUCCIÓN DE MINERAL/DESMONTE
0
2
0
1
3
0
0
0
1
0
0
0
1
0
1
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	N° 02-2026
OCUPACIÓN	Ayudante de equipos mina
EDAD	46 años
TIEMPO DE SERVICIO	9 años, 4 meses, 8 días
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	28/03/2026 — 03:30 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Mina Caridad — Tajo 55, Rampa 100
UNIDAD MINERA	Huancapeti
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Ancash
EMPRESA CONTRATISTA	Andean Mining Solutions S.A.C.
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Compañía Minera Lincuna S.A.

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

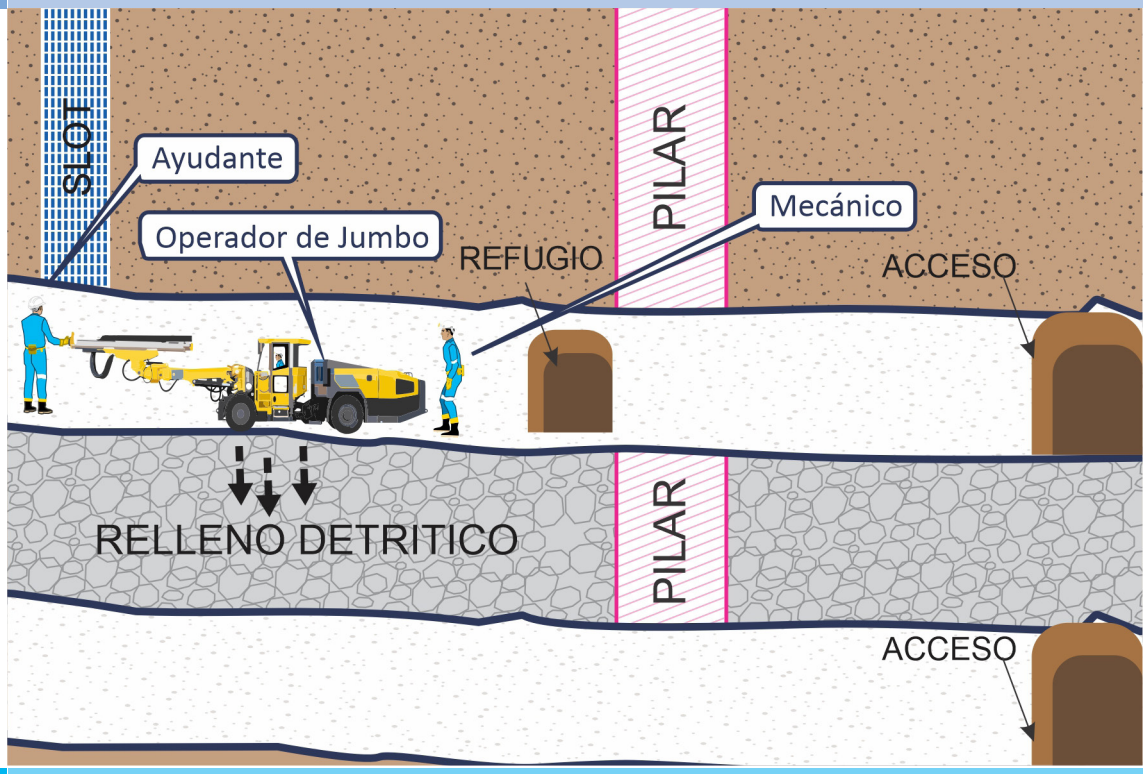
El 27 de marzo de 2026, al inicio de la guardia nocturna, el capataz ordenó al operador del equipo de perforación Simba y al ayudante de equipos mina realizar la perforación del slot y taladros largos en el tajo 0055 del Nivel 3 (Veta San Germán- Zona Caridad), un área cuyo suelo correspondía a un piso rellenado con material detrítico.

A las 8:20 p.m. aproximadamente, ambos trabajadores llegaron a la labor, la inspeccionaron y realizaron el IPERC continuo, advirtiendo que la manga de ventilación de la rampa de acceso estaba rota, por lo que el tajo carecía de ventilación. Cerca de las 10:40 p.m., tras preparar la labor y el equipo, el operador reportó que una manguera de la maquinaria se había reventado, convocando al técnico mecánico para solucionar el desperfecto. Resuelta la falla, se inició la perforación de taladros hasta las 2:40 a.m. aproximadamente, momento en que el capataz retornó a verificar el progreso y el operador le indicó que aún no terminaban.

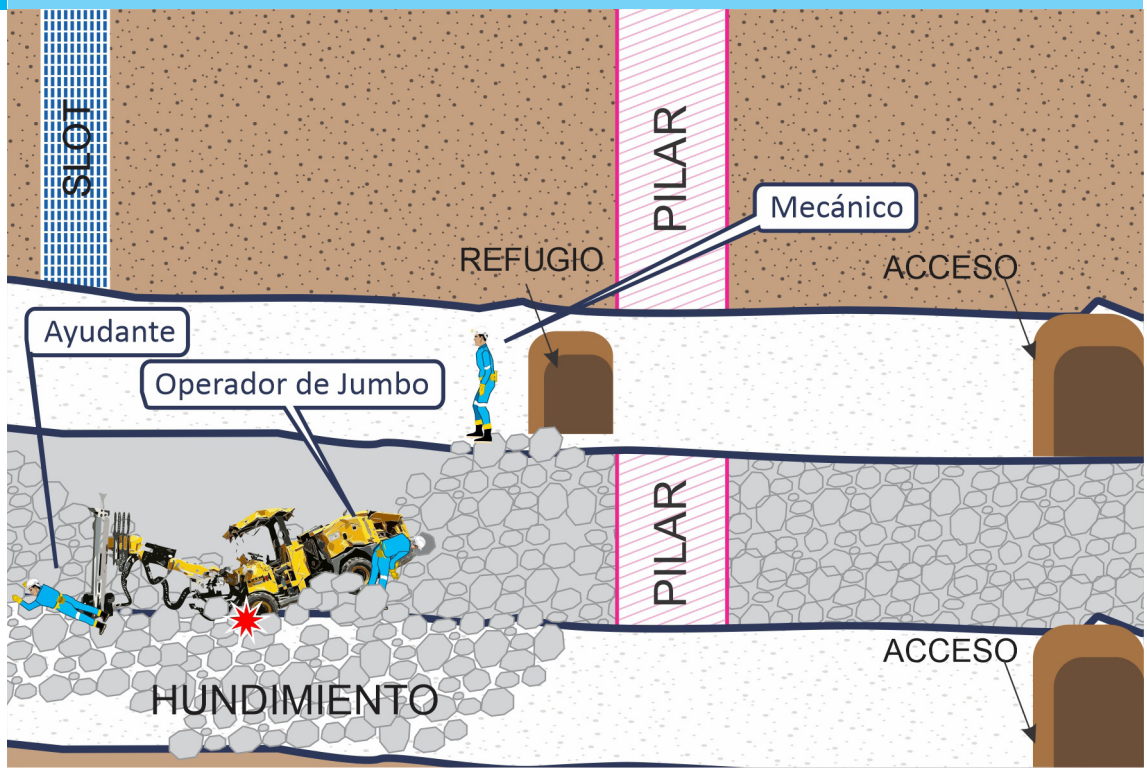
Cerca de las 3:10 a.m., el ayudante de equipos mina ingresó al punto de perforación para medir la inclinación de la viga y direccionar los taladros de la fila de producción mientras el operador se hallaba en la cabina del equipo. En ese instante se produjo un primer hundimiento, seguido de un segundo a los pocos segundos, provocando que la maquinaria quedara atrapada y el ayudante de equipos mina fuera succionado por la subsidencia, originando su posterior deceso. Inmediatamente ocurrido el evento, el técnico mecánico se desplazó hacia el cruce de la rampa para informar lo sucedido al jefe de guardia y al maestro cargador de explosivos. Los tres acudieron a la zona, escucharon las llamadas de auxilio del operador de perforación y lograron ponerlo a salvo en una zona segura jalándolo con la manguera del equipo Simba. Debido a que el cuerpo del ayudante de equipos mina no era visible, se notificó a la brigada de rescate y a la supervisión de turno, paralizando por completo las operaciones. El equipo de Respuesta a Emergencias llegó aproximadamente a las 4:30 a.m., evaluó el área y trazó un plan de trabajo, logrando rescatar el cuerpo del trabajador el 2 de abril de 2026.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Atrapado por succión de mineral/desmonte
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Condición subestándar.

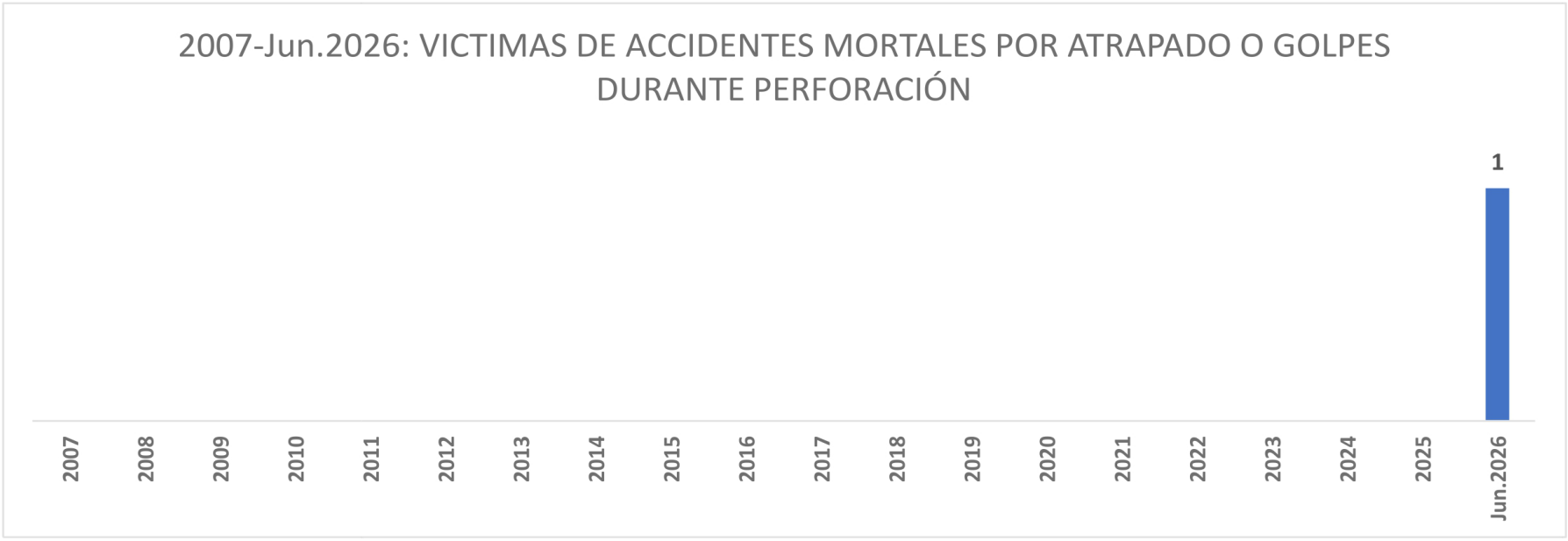
*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. La gestión del sostenimiento y relleno debe garantizar la estabilidad geomecánica de las labores y el control de los vacíos generados durante la explotación. La presencia de un vacío de aproximadamente 376,865 m³ y la posterior subsidencia evidencian una condición de inestabilidad que debió ser identificada, evaluada y controlada oportunamente mediante el diseño, ejecución y verificación del relleno detrítico conforme a las condiciones geomecánicas de la labor.
2. Todo vacío generado por la explotación debe contar con un sistema de relleno técnicamente diseñado, oportunamente ejecutado y sujeto a verificación de su calidad y cobertura, a fin de evitar la pérdida de estabilidad del macizo rocoso y la ocurrencia de subsidencias.
3. El IPERC Línea Base debe incorporar todas las condiciones operativas y peligros inherentes a las actividades de explotación, incluyendo aquellas asociadas al trabajo sobre superficies rellenadas con material detrítico. La omisión de este peligro limita la identificación de los escenarios de riesgo y, consecuentemente, impide establecer controles operacionales específicos para prevenir eventos asociados a la inestabilidad, falla o pérdida de capacidad portante del relleno.
4. Un peligro omitido en el IPERC constituye un riesgo potencialmente no controlado; por ello, el IPERC Línea Base debe ser dinámico y considerar las condiciones reales de operación, especialmente aquellas que puedan modificar la estabilidad y seguridad de las labores subterráneas.

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

ATRAPADO O GOLPES DURANTE PERFORACIÓN


2007-Jun.2026: VICTIMAS DE ACCIDENTES MORTALES POR ATRAPADO O GOLPES DURANTE PERFORACIÓN
1
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
Jun.2026

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	Nº 04-2026
OCUPACIÓN	Ayudante Mina
EDAD	41 años
TIEMPO DE SERVICIO	7 meses, 21 días
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	21/04/2026 — 02:30 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Pívot 381 / Intersección Bypass 429 RP 586
UNIDAD MINERA	Mina Coricancha
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Lima
EMPRESA CONTRATISTA	
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	CMC Critical Minerals Corporation S.A.C.

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

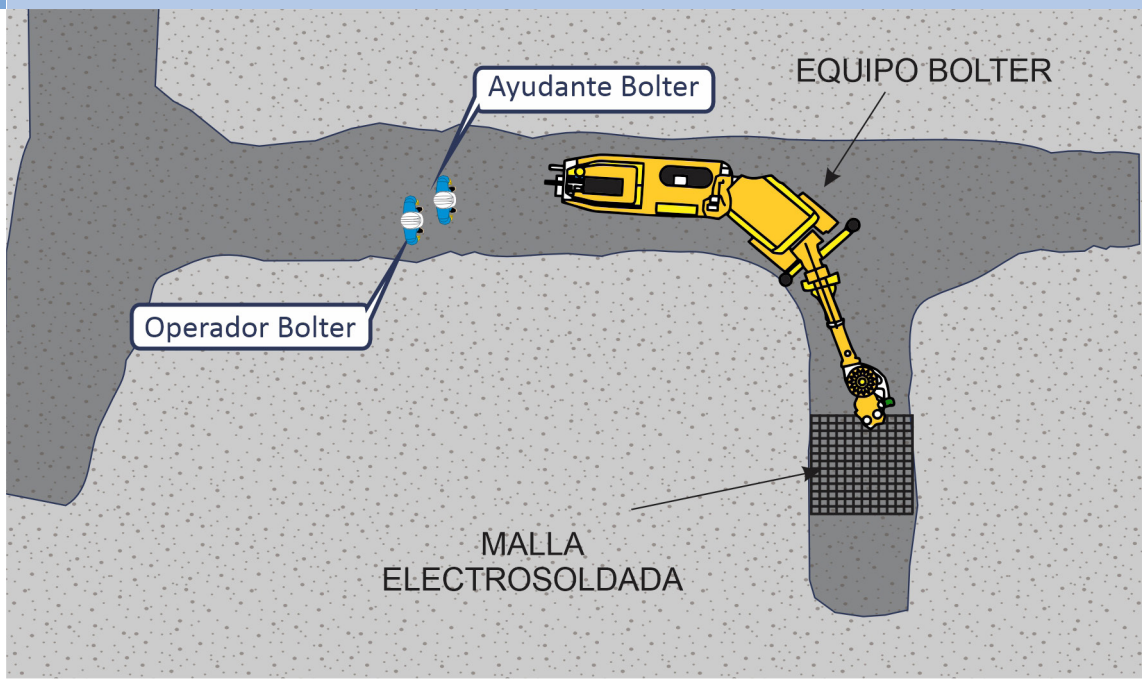
El 20 de abril de 2026, durante la guardia nocturna, un supervisor emitió una orden de trabajo que requería el uso de un equipo jumbo small bolter. Al inspeccionar la maquinaria, el operador detectó abolladuras en el tubo de lanzado y en el carrusel, además de la falta de un perno en la perforadora, por lo que, junto a su ayudante, esperaron la evaluación técnica. Tras la inspección de un mecánico y la visita del ingeniero de guardia de mina, se autorizó el traslado del equipo al área de trabajo para reponer el perno faltante. Posteriormente, recibieron indicaciones operativas del ingeniero de guardia, seguidas de una inducción rápida por parte del geomecánico y el ingeniero de seguridad.

Tras concluir el desate y la colocación de una primera malla a las 2:00 a.m., el operador y el ayudante tomaron un descanso de media hora. Al retomar sus labores a las 2:30 a.m., procedieron a instalar la segunda malla, colocándola sobre la viga del equipo. El operador ingresó a la cabina mientras el ayudante permaneció al costado de la misma. Al levantar el brazo del jumbo, notaron que faltaba distancia para alcanzar el punto de instalación, por lo que el operador encendió el equipo con la intención de adelantarlo ligeramente. Durante esta maniobra, el operador se percató de que el ayudante había quedado atrapado entre la viga y el hastial.

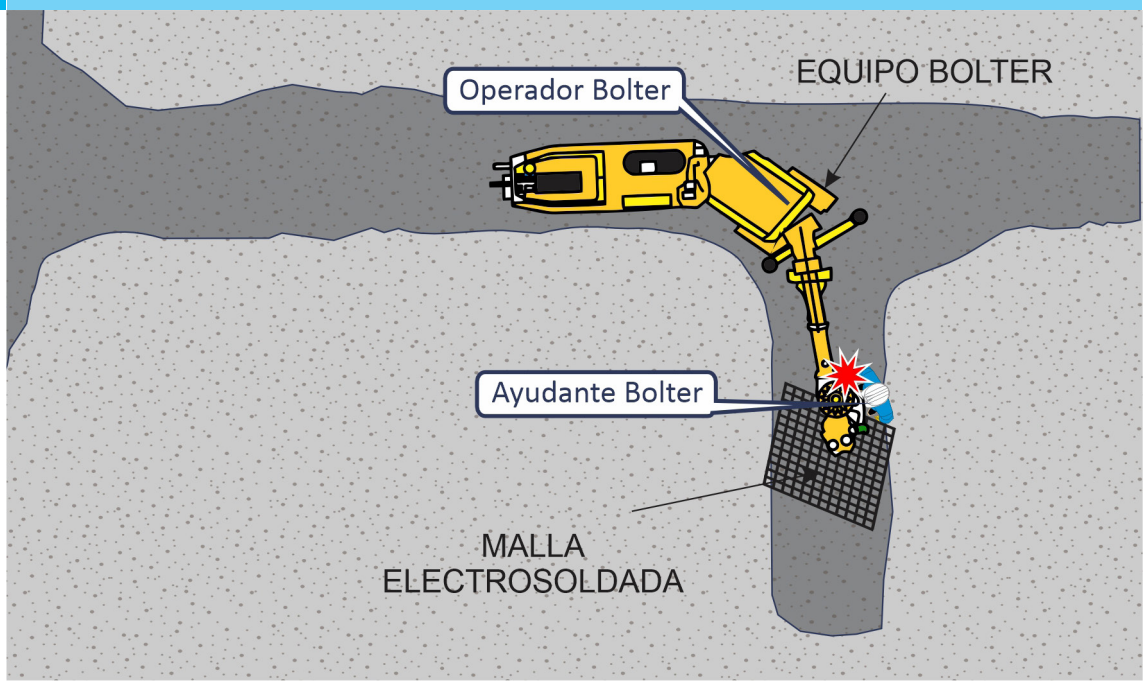
En un acto por auxiliar a su compañero, el operador movió la palanca del brazo, lo que provocó que el equipo se acelerara levemente, perdiera el equilibrio, se deslizara hacia adelante y la malla ingresara a la cabina. El operador apagó la máquina inmediatamente, logró liberar al ayudante —quien aún se encontraba consciente— y lo trasladó a una zona segura ya sostenida. Acto seguido, el operador buscó apoyo y retornó junto al ingeniero de seguridad y el geomecánico. Se coordinó el rescate con una camilla y el trabajador fue trasladado mediante unidades móviles al tópico de la unidad minera, para luego ser derivado en ambulancia al hospital de Matucana, lugar donde finalmente se certificó su fallecimiento.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

11.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Atrapado o golpes durante perforación
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	Acto y condición subestándar.

*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. 1. La operación de equipos mecanizados de sostenimiento debe ejecutarse bajo un estricto control de las zonas de articulación, desplazamiento y radio de acción del equipo, asegurando que estas permanezcan permanentemente libres de personal durante las maniobras y movimientos operativos. La presencia de trabajadores dentro de dichas zonas genera una condición de exposición a peligros asociados al movimiento, articulación, desplazamiento y posible atrapamiento o aplastamiento.
2. Asimismo, antes y durante la operación del equipo, debe verificarse que el operador y el personal involucrado cumplan las instrucciones y restricciones establecidas por el fabricante en el manual de operación, complementándolas con los controles establecidos en los procedimientos internos de trabajo seguro. La supervisión debe asegurar la implementación efectiva de estas barreras, particularmente durante las etapas de posicionamiento, desplazamiento y sostenimiento

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

DESLIZAMIENTO DE TALUD


2007-Jun. 2026: VICTIMAS DE ACCIDENTES MORTALES POR OTROS (SUBSIDENCIA / DESLIZAMIENTO DE TALUD Y CAÍDA DE MINERAL EN CHUTE)
2
6
3
4
6
1
1
0
0
1
3
0
1
0
0
0
1
0
1
4
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
Jun.2026

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	07-2026
OCUPACIÓN	Operario topógrafo
EDAD	26 años
TIEMPO DE SERVICIO	2 años, 0 meses, 29 días
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	07/05/2026 — 15:00 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Plataforma de Secado N.º 01 C
UNIDAD MINERA	Gran San Gabriel
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Moquegua
EMPRESA CONTRATISTA	Transmaven S.R.L.
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Compañía de Minas Buenaventura S.A.A.

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

A las 06:20 horas, el ayudante de topografía y el topógrafo recibieron la orden de trabajo verbal por parte del capataz de movimiento de tierras y procedieron al llenado del IPERC continuo. A las 14:20 horas, tras culminar las labores de limpieza y conformación de la plataforma ejecutadas por una excavadora modelo 336, se dispuso el retiro del equipo y se autorizó el ingreso del ayudante de topografía, del operario de movimiento de tierra y del peón- vigía para realizar el emplantillado (colocación de estacas de nivelación de puntos topográficos con yeso) y trazado al pie del talud.

Durante la ejecución del trabajo, el peón- vigía trasladaba el yeso, el operario de movimiento de tierra efectuaba el trazado y el ayudante de topografía se encontraba posicionado directamente en el pie del talud operando un equipo GPS diferencial para indicar las mediciones faltantes de definición del corte. A las 15:00 horas, mientras el vigía y el operario estaban ubicados a un metro del pie de la estructura, el vigía detectó la inestabilidad y el fallo de la masa rocosa, emitiendo una alerta verbal y evacuando junto al operario. El ayudante de topografía intentó girar e iniciar la evacuación sosteniendo el receptor GPS diferencial, pero fue sepultado por el material deslizado.

Después del evento, a las 15:04 horas, el capataz de movimiento de tierras dispuso el apoyo de la excavadora para la remoción de rocas de gran tamaño, complementado con labores de excavación manual con picos y palas a cargo del personal de obras civiles. El cuerpo fue hallado expuesto hasta la cintura a las 15:07 horas y el personal médico confirmó el deceso a las 15:17 horas.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Deslizamiento de talud (otros)
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo Condición
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	subestándar.

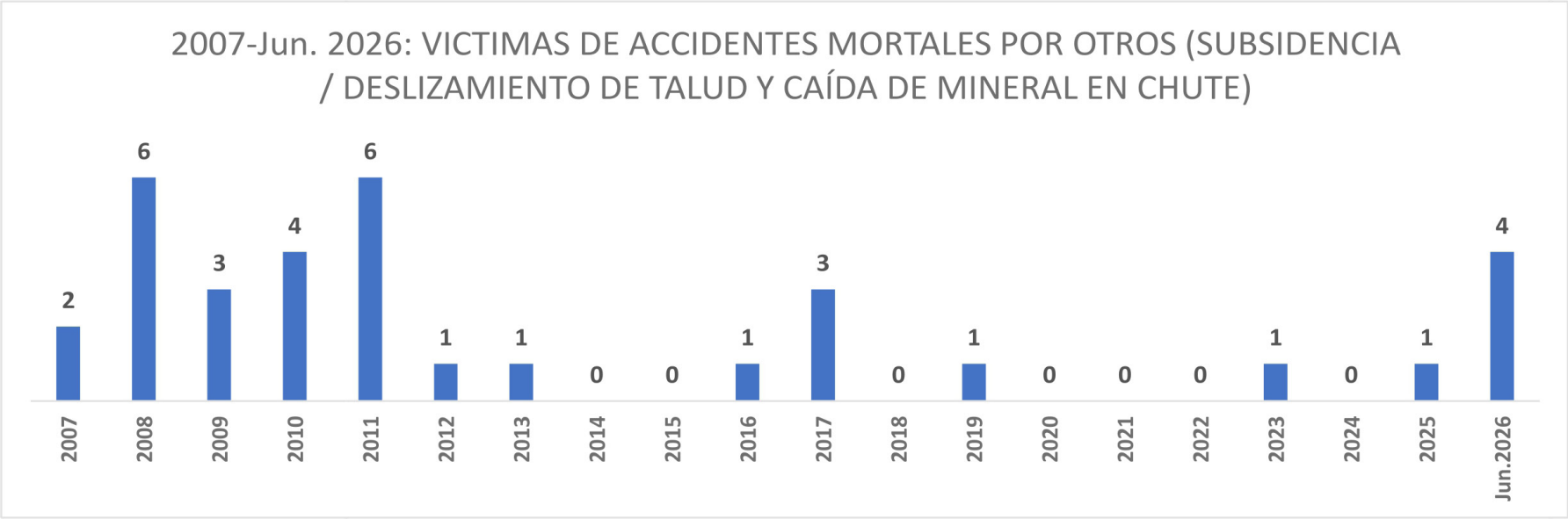
*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. En actividades de levantamiento, trazo y replanteo topográfico ejecutadas en proximidad de taludes con potencial de deslizamiento, debe priorizarse el control de la exposición mediante métodos de medición a distancia, evitando el posicionamiento del personal dentro de la línea de fuego. Cuando el PETS contempla el empleo de equipos con lector láser y estos se encuentran disponibles, la selección del método y equipo debe orientarse a eliminar o reducir la presencia física del trabajador en la zona de peligro, especialmente en sectores próximos al pie del talud.
2. La gestión de la estabilidad de taludes debe sustentarse en un mapeo geomecánico o geotécnico actualizado, que permita caracterizar la litología, alteración, discontinuidades, orientación estructural, condiciones hidrogeológicas y evidencias de inestabilidad. La actualización de esta información es fundamental para identificar mecanismos potenciales de falla, definir zonas de exclusión, establecer controles y mantener la evaluación de riesgos alineada con las condiciones reales del terreno.
3. Asimismo, la ausencia de control geotécnico y de participación de personal especializado limita la capacidad de detectar oportunamente cambios en las condiciones del terreno y adoptar medidas preventivas técnicamente sustentadas.
4. En sectores donde existe exposición a mecanismos de deslizamiento, deformación o falla de taludes, el control de estabilidad debe incorporar sistemas de monitoreo geotécnico acordes con las condiciones y nivel de riesgo del terreno, permitiendo detectar oportunamente desplazamientos o cambios en el comportamiento del macizo rocoso. El monitoreo constituye una barrera preventiva que complementa la inspección y evaluación geomecánica, particularmente durante las etapas constructivas en las que las condiciones del terreno pueden evolucionar

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

CAÍDA DE MINERAL EN CHUTE


2007-Jun. 2026: VICTIMAS DE ACCIDENTES MORTALES POR OTROS (SUBSIDENCIA / DESLIZAMIENTO DE TALUD Y CAÍDA DE MINERAL EN CHUTE)
2
6
3
4
6
1
1
0
0
1
3
0
1
0
0
0
1
0
1
4
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
Jun.2026

I. DATOS GENERALES

ACCIDENTADO	Nº 08-2026
OCUPACIÓN	Operador de Planta
EDAD	26 años
TIEMPO DE SERVICIO	3 años, 6 meses, 20 días
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE	11/05/2026 — 10:42 horas
LUGAR DEL ACCIDENTE	Chute de descarga del Apron Feeder
UNIDAD MINERA	San Gabriel
UBICACIÓN DE LA UNIDAD MINERA	Moquegua
EMPRESA CONTRATISTA	
TITULAR DE ACTIVIDAD MINERA	Compañía de Minas Buenaventura S.A.A.

II. DESCRIPCIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

Inicio la jornada a las 08:00 horas cuando el jefe de turno de planta ordenó al operador de planta y al trabajador la limpieza de retazos de vigas en la zona del grizzly, tarea concluida a las 10:30 horas que carecía de la elaboración del IPERC continuo correspondiente, habiéndose firmado previamente un formato de IPERC para chancado de mineral que no llegó a ejecutarse. A las 10:35 horas, se dio inicio a la limpieza del chute del apron feeder.

A las 10:42 horas aproximadamente, mientras el trabajador ejecutaba la limpieza del chute manipulando una barreta e introduciendo parte de su cuerpo dentro de la estructura, se produjo el desprendimiento de aproximadamente 0.6 toneladas de material desde una altura de 30 cm, impactando directamente. Ante el suceso, el operador de planta solicitó auxilio a un mecánico soldador que se encontraba instalando guardas de protección en la faja transportadora N° 1.

El trabajador fue rescatado por sus compañeros aún con signos vitales y evacuado de emergencia en ambulancia; no obstante, el personal médico constató su deceso al arribo, diagnosticando traumatismo múltiple de cabeza y traumatismo intracraneal.

III. CROQUIS DEL ACCIDENTE, EN DOS MOMENTOS: ANTES Y DESPUÉS (Se adjunta)

ANTES DEL ACCIDENTE



DESPUÉS DEL ACCIDENTE



IV. CLASIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

1.	SEGÚN EL TIPO (*)	:	Caída de mineral en chute (otros)
2.	AGENTE CAUSANTE	:	Ambiente del trabajo Condición
3.	SEGÚN EL ORIGEN	:	subestándar.

*Según la tabla N° 10 del Anexo N° 31 del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional aprobado por Decreto Supremo N° 024-2016-EM y su s modificatorias.

V. LECCIONES APRENDIDAS*

1. Las guardas de protección deben diseñarse, instalarse y mantenerse de manera que eliminen efectivamente el acceso a las partes móviles peligrosas. No basta con disponer físicamente de una guarda; esta debe garantizar el aislamiento efectivo de la zona de atrapamiento, sin aberturas que permitan el alcance de las partes móviles, y debe verificarse su integridad mediante inspecciones periódicas.
2. Los dispositivos de parada de emergencia deben proporcionar cobertura continua y accesibilidad a lo largo de toda la faja transportadora. La ausencia de cable interruptor en cualquier tramo constituye una pérdida de la función de seguridad, por lo que la verificación de estos dispositivos debe realizarse mediante inspecciones funcionales y pruebas de operatividad, asegurando su continuidad y disponibilidad ante eventos de atrapamiento o emergencia.
3. La verificación del IPERC debe ejecutarse antes del inicio de la tarea y ser específico respecto de las condiciones reales de trabajo. La omisión del IPERC elimina una barrera fundamental de prevención.

*Las lecciones aprendidas estan basadas en los hechos recabados durante las fiscalizaciones en campo, por lo que no representan un adelanto de opinión.

CONCLUSIONES

El hecho de que en solo un semestre de 2026 se haya alcanzado el mismo número de víctimas mortales que en todo el año 2024 y 2025 demuestra que el subsector minería enfrenta un punto crítico de estancamiento preventivo. Las estrategias actuales han dejado de ser suficientes y es imperativo migrar hacia un modelo de seguridad basado en hechos, control de riesgos y verificación efectiva de la ejecución de medidas.

Los datos evidencian que los controles de seguridad de los titulares mineros no permean con la misma eficacia hacia sus contratistas. La disparidad (10 víctimas contratistas frente a 5 titulares) exige homogeneizar y mejorar estándares de seguridad, asegurando que las empresas contratistas cuenten con los mismos recursos y niveles de supervisión que el personal propio.

Es necesario reforzar y actualizar los estándares operativos en seguridad minera, priorizando controles de ingeniería como sostenimiento conforme a evaluaciones geomecánicas, bloqueo de labores peligrosas, instalación y mantenimiento de equipos fijos y móviles según especificaciones del fabricante. La seguridad debe asumirse como condición innegociable para la continuidad de la operación minera.

Finalmente, se concluye que el liderazgo en seguridad debe ser visible y la alta dirección debe dar el ejemplo en cuanto al control y respeto de los riesgos evaluados para cada tarea. La persistencia de accidentes en ventilación y geomecánica evidencia que los controles críticos requieren mayor inversión y seguimiento. La tendencia de 2026 alerta que, de no corregirse, el año podría cerrar con cifras muy superiores a las de periodos previos, rompiendo la estabilidad alcanzada en años anteriores.

Osinergmin

TRABAJANDO POR UNA ENERGÍA Y MINERÍA SEGURAS Y SOSTENIBLES

https://rendiciondecuentas.osinergmin.gob.pe/mineria