

Nombre: _____ Hora: 8:00am - 5:00pm Fecha: 29.12.21 y 30.12.21 Turno: Dia
 Area/Labor: Construccion - Tecnico Supervisor: Juan Pablo Salas Firma Trabajador: _____

Actividad: Desmontaje de mobiliario (Varios) Tarea: Desmontaje de mobiliario (Varios)

| | | | | | | | |
|-------------------------|--------------|-------------|----------------|-----------------|------------------------------------|----|----|
| Gravedad/Severidad | Catastrófico | 1 | 1 | 2 | 4 | 7 | 11 |
| | Mortalidad | 2 | 3 | 5 | 8 | 12 | 16 |
| | Permanente | 3 | 6 | 9 | 13 | 17 | 20 |
| | Temporal | 4 | 10 | 14 | 18 | 21 | 25 |
| | Menor | 5 | 15 | 19 | 22 | 24 | 25 |
| | | A | B | C | D | E | |
| | Común | Ha sucedido | Podría suceder | Raro que suceda | Prácticamente imposible que suceda | | |
| Frecuencia Probabilidad | | | | | | | |

| Nivel de Riesgo | Descripción | Plazo de medida correctiva |
|-----------------|---|----------------------------|
| ALTO | Riesgo intolerable, requiere controles inmediatos. Si no se puede controlar el PELIGRO se paraliza los trabajos operacionales en la labor | 0-24 horas |
| MEDIO | Iniciar medidas para eliminar/reducir el riesgo. Evaluar si la acción se puede ejecutar de manera inmediata | 0-72 horas |
| BAJO | Este riesgo puede ser tolerable | 1 Mes |

ANALISIS COMPORTAMENTAL PRELIMINAR. Si marca "NO" en alguno de los ítems no realice la actividad, haga uso de su Derecho DE Decir NO y comuníquelo al líder inmediato

| | | | |
|---|--|--|--|
| ¿Posee todos los EPPs necesarios? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿Poseo los medios para controlar todos los riesgos identificados? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Los EPPs han sido inspeccionados y están en buenas condiciones de uso? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿Ha sido realizado un análisis de riesgos de 360° (al frente, atrás, a los lados, encima, abajo, adentro)? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Yo conozco y fui entrenado en la actualidad? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿Los equipos/herramientas que serán utilizados están en buenas condiciones? ¿Son compatibles con la actividad? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Estoy en buenas condiciones (físicas y psicológicas) para realizar la actividad | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |

EPPs a ser utilizados. Marque con una "X" los ítems que aplican y describa el tipo

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Casco _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Lentes _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Protector Auditivo _____ | <input type="checkbox"/> Respirador con filtros _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Barbiquejo _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Guantes Tipo _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Zapatos de Seguridad _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Uniforme de trabajo _____ |
| <input type="checkbox"/> Bloqueador Solar (FPS>30) | <input type="checkbox"/> Botas PVC _____ | <input type="checkbox"/> Auto _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

DEFINICION DE CONTROLES - Relación de los controles para la eliminación o mitigación de riesgos

| Peligro | Riesgo | Riesgo Puro | | | Medidas de control a suplementar | Riesgo Residual | | |
|---------|--------|-------------|----|---|---|-----------------|----|----|
| | | A | M | B | | A | M | B |
| 27 | 23 | | 9 | | Instrucción en la correcta postura y manejo de escaleras | | | 24 |
| 28 | 15 | 6 | | | Instrucción en la correcta manipulación de herramientas peligrosas | | 18 | |
| 34 | 24 | | 14 | | Utilización de medidas de protección contra la variante (Respiradores) | | | 24 |
| 39 | 29 | | 14 | | Utilización de medidas de protección contra la variante (Tampones auditivos) | | | 25 |
| 51 | 34 | | 13 | | Utilización de medidas de protección contra la variante (Lentes, guantes, etc.) | | | 24 |

SECUENCIA PARA CONTROLAR EL PELIGRO Y REDUCIR LOS RESIDUOS

| | |
|---|--|
| 1 | Elaboración de documentación de seguridad pre-Obra |
| 2 | Capacitaciones/Charlas 5 minutos antes de obra, identificando riesgos y posibles inconvenientes. |
| 3 | Capacitaciones previas en obras generales. |
| 4 | Correcta manipulación de instrumentos o herramientas en obra. |
| 5 | |

Lista Peligros/Aspectos

Lista de riesgos/Impactos

| | | | | | | | |
|----|--|----|---|----|-----------------------------|----|-------------------------|
| 1 | Aceite y grasa | 28 | Materiales cortante/perforantes | 1 | Emisión de | 28 | Caída de objetos |
| 2 | Animales silvestres | 29 | Residuos no peligrosos | 2 | Embestida/Colisión | 29 | Generación de |
| 3 | Agente biológicos (hongos, bacterias) | 30 | Mobiliario anti-ergonomicos | 3 | Erosión | 30 | Caída en el mismo nivel |
| 4 | Animales ponzoñosos | 31 | Monotonía | 4 | Picadura | 31 | Desborde/Derrame |
| 5 | Diferencia de temperatura ambiente | 32 | Motores Eléctrico/Electrónico | 5 | Contaminación de aire, agua | 32 | Estrés |
| 6 | Campo eléctrico/magnético | 33 | Partes móviles/rotatorias | 6 | Inundación | 33 | Rompimiento |
| 7 | Exceso de agua | 34 | Particulados/Polvo | 7 | Alcanzado por | 34 | Expulsión de partículas |
| 8 | Radiación solar | 35 | Pendiente | 8 | Atropello | 35 | Hundimiento |
| 9 | Condiciones climáticas adversas | 36 | Piso/canaleta/zanja | 9 | Ausencia de Oxigeno | | |
| 10 | Consumo de recursos naturales | 37 | Postura/posición incomoda | 10 | Golpear/Golpearse contra | | |
| 11 | Dique, poza de contención | 38 | Rocas Seltas | 11 | Shock eléctrico | | |
| 12 | Efluente líquido industrial | 39 | Ruido | 12 | Cansancio | | |
| 13 | Efluente líquido sanitario | 40 | Superficie Caliente | 13 | Consumo de | | |
| 14 | Energía eléctrica | 41 | Tajo vacío en interior mina | 14 | Vuelco | | |
| 15 | Energía Estática | 42 | Trabajos en altura | 15 | Contacto con | | |
| 16 | Energía Potencial | 43 | Fauna y Flora | 16 | Cortocircuito | | |
| 17 | Equipo de Izado/Carga Suspendida | 44 | Tubería | 17 | Derrame | | |
| 18 | Exceso de lluvia | 45 | Vehículos y equipo móvil | 18 | Desmoronamiento | | |
| 19 | Espacio Confinado | 46 | Vibración | 19 | Aplastamiento | | |
| 20 | Espacio de trabajo/Obstáculo | 47 | Excavación | 20 | Explosión | | |
| 21 | Gases/Fluidos Presurizados | 48 | Radiaciones ionizantes/no ionizantes | 21 | Exposición a | | |
| 22 | Gases/Vapores/Niebla/Humos metálicos | 49 | Instalaciones eléctricas | 22 | Inicio/Incendio | | |
| 23 | Herramientas eléctricas/hidráulicas/neumáticas | 50 | Sustancia química peligrosas/explosivos | 23 | Caída de un nivel | | |
| 24 | Falta de agua | 51 | Proyección de partículas | 24 | Inhalación | | |
| 25 | Residuos Peligrosos | 52 | Otros | 25 | Manipulación/utilización | | |
| 26 | Iluminación | | | 26 | Posición ergonómica | | |
| 27 | Escaleras/Plataformas/Barandas | | | 27 | Aprisionamiento | | |

Nombre: _____ Hora: 8:00am - 5:00pm Fecha: 29.12.21 y 30.12.21 Turno: Dia
 Area/Labor: Construccion - Tecnico Supervisor: _____ Firma Trabajador: _____

AUTORIZACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA

¿La actividad sera ejecutada en mi area de trabajo
 Empresa: _____

SI NO En caso marque NO usted debera solicitar autorización de un profesional del area en que se ejecutara la obra

Nombre: _____ Firma: _____

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Espacio Confinado | <input type="checkbox"/> Prevención de Caídas | <input type="checkbox"/> Consumo de Recursos Naturales |
| <input type="checkbox"/> Animales Ponzñosos | <input type="checkbox"/> Herramientas Manuales | <input type="checkbox"/> Ruptura de Presas |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo y Aislamiento de Energía | <input type="checkbox"/> Sistemas Presurizados | <input type="checkbox"/> Incendio Forestal |
| <input type="checkbox"/> Cargas Suspendidas | <input type="checkbox"/> Instalaciones Electricas | <input type="checkbox"/> Degradación de Area |
| <input type="checkbox"/> Caída de Rocas/Excavaciones Mineras | <input type="checkbox"/> Protección de Maquinarias | <input type="checkbox"/> Generación de Efluentes Líquidos |
| <input type="checkbox"/> Excavación de Obras Civiles | <input type="checkbox"/> Vehiculos y Equipos Móviles | <input type="checkbox"/> Residuos Sólidos/Transporte de Cargas Peligrosas |

DATOS DE LOS SUPERVISORES

| Hora | Nombre | Cargo | Medida | Firmas |
|------|--------|-------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

JERARQUIA DE CONTROL DE RIESGOS



| | | |
|--|--|--|
| | <h2>ELIMINACION</h2> <p>MAS EFECTIVO</p> <p>Elimine el peligro del lugar de trabajo, tarea, proceso, método o material</p> | |
| | <h2>SUSTITUCION</h2> <p>Sustituya la actividad, el proceso, el material o la sustancia por una menos peligrosa.</p> | |
| | <h2>INGENIERIA</h2> <p>(SEPARACION O REDISEÑO)</p> <p>Aísle el peligro usando ayudas mecánicas, barreras, guardas, sistemas de ventilación y aislamiento durante el tiempo de operación.</p> | |
| | <h2>ADMINISTRACION</h2> <p>Establezca políticas, procedimientos, practicas del trabajo y programas de entrenamiento para reducir la exposición al riesgo.</p> | |
| | <h2>EPP</h2> <p>MENOS EFECTIVO</p> <p>Proporcione el EPP adecuado para proteger a las personas contra peligros.</p> | |