|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PASOS DE LA ACTIVIDAD** | * **RIESGOS ASOCIADOS A CADA PASO** | * **MEDIDAS DE CONTROL ASOCIADAS A CADA RIESGO** | **CONTROL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lista de Verificación para la Identificación de Riesgos** | | | | | | | | | | | | |
| **1. TRABAJO EN ALTURA (GU-SAF-005)** | |  | Los Estabilizadores deben estar completamente extendidos | | | |  | **7. HERRAMIENTAS (GU-SAF-003)** | | | |  |
| Las áreas de trabajo no deben presentar desnivel y deben estar valladas | |  | Garantizar la completa protección de las líneas eléctricas aéreas | | | |  | Las protecciones requeridas están en su lugar? | | | |  |
| Garantizar accesos seguros al lugar de trabajo | |  | Permiso de izaje crítico en terreno | | | |  | Las Herramientas no deben estar defectuosas | | | |  |
| Todo agujero en piso debe estar protegido | |  | Nunca exceder la capacidad de la Grúa; ver Tabla de Carga del Fabricante/Equipo | | | |  | Las Herramientas están diseñadas para el trabajo a ejecutar? | | | |  |
| Está protegido el riesgo ante caída de herramientas u objetos | |  | **4. EXCAVACIONES Y ZANJAS (GU-SAF-017)** | | | |  | Las Herramientas deben estar inspeccionadas (con tarjeta) | | | |  |
| Los trabajadores están entrenados en el uso del Arnés | |  | Permiso de excavación disponible en el terreno | | | |  | Poseen sus paradas de emergencias? | | | |  |
| Hay puntos de anclaje para amarrar los Arneses | |  | Vallado rígido completo alrededor de la excavación | | | |  | Personal únicamente entrenado para uso de herramienta | | | |  |
| Verifique el movimiento de los Equipos en la zona de trabajo | |  | Suficientes accesos y salidas / mínimo cada 8 mts. | | | |  | **8. ESCALERAS (GU-SAF-0039)** | | | |  |
| **2. CONSIGNACION ENERGIA PELIGROSA (WI-SAF-002)** | |  | Excavación con apuntalamiento con talud adecuado | | | |  | Escaleras amarradas e inspeccionadas | | | |  |
| Los Puntos de Bloqueo están identificados y por personal calificado | |  | Verificación de instalaciones subterráneas realizado/ planos de interferencias | | | |  | El Personal debe utilizar los 3 puntos de apoyo | | | |  |
| Todo el personal debe contar con elementos de Bloqueo y Etiquetado | |  | No estacionar equipos al borde de excavación con personal dentro de la excavación | | | |  | Personal transita con herramientas/equipos en mano | | | |  |
| Garantizar que Equipos y Sistemas han sido probados y su estado de Energía es "Cero" | |  | Escalera de acceso/salida estándar | | | |  | La Escalera de metal no debe usarse cerca de energía eléctrica | | | |  |
| La Energía residual está controlada / descargada antes de trabajar | |  | **5. ESPACIOS CONFINADOS (GU\_SAF-013)** | | | |  | La Escalera debe extenderse 1 m por encima del soporte | | | |  |
| Tuberías / Llaves / Interruptores con enclavamientos y bloqueos efectivos | |  | Atmósferas evaluadas: presencia de gases nocivos o explosivos? | | | |  | **9. MANEJO DE MATERIAL / EQUIPO** | | | |  |
| **3. GRUAS Y EQUIPOS DE IZAJE (GU-SAF-001)** | |  | Permanente vigía entrenado | | | |  | Herramienta / material cortante | | | |  |
| Rigger habilitado para ejecutar actividades de izaje | |  | Permiso disponible en el lugar de trabajo / Señalización visible en zona de acceso | | | |  | Los Guantes son apropiados para el trabajo? | | | |  |
| Accesorios y elementos de izaje inspeccionados e identificados | |  | Se deben utilizar herramientas de bajo voltaje (12 volt) | | | |  | Verifique puntos de pellizco/atrapamiento (dedo, mano etc.) | | | |  |
| Área de trabajo señalizada y demarcada | |  | Tuberías bloqueadas y con desconexión y bloqueo total para entrar al espacio | | | |  | El material demasiado pesado para una persona? | | | |  |
| Sogas / cables guía para controlar la carga | |  | **6. ANDAMIOS** | | | |  | Están los medios mecánicos para levantar materiales disponibles? | | | |  |
| Operador de equipo habilitado | |  | Constructor y montadores habilitados | | | |  | Apilamiento seguro del material | | | |  |
| Equipo certificado y con su inspección diaria conformada | |  | Inspección vigente previo al uso por personal habilitado | | | |  | **10. INTERACCION HOMBRE MÁQUINA (GU-SAF-0** | | | |  |
| Rigger con contacto CONTINUO (visual-radio) con el operador | |  | Tarjeta de habilitación adecuada | | | |  | Debe respetarse la distancia de seguridad SIEMPRE | | | |  |
| Verificar que el Personal NO esté debajo ó cerca de la Carga | |  | Modificaciones al andamio solamente por personal habilitado | | | |  | Se trabaja con señaleros/vigías? | | | |  |
| Verificar condiciones del terreno y la correcta apertura de los estabilizadores | |  | Accesos al andamio estándar (seguros) | | | |  | Existe superposición de tareas sin barreras/vallados? | | | |  |
| Verificar las condiciones de viento y operación de la grúa | |  | Andamios completos y verificados | | | |  | **11. GESTION DE CAMBIOS (GU-HES-006)** | | | |  |
| **TEMA DE DDP:** | | | | | | | | | | | | |
| **El DDP estará asociado a la AST permitiendo analizar: tareas-riesgos-medidas del día. Ambas firmas, DDP y AST, se consignarán en éste único registro.** | | | | | | | | | | | | |
| **EQUIPO DE TRABAJO** | **Nombre y Apellido** | **Firma** | | | **Nombre y Apellido** | | | | | **Firma** | | |
| **Inicio de la Tarea** | | **Fin de la Tarea (\*)** | **Inicio de la Tarea** | **Fin de la Tarea (\*)** | |
|  |  | |  |  | | | | |  |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  |  | |
| **(\*) Constancia que la tarea diaria finalizó conforme a lo planificado y retirándonos sin haber sufrido lesiones y/o accidentes.** | | | | | | | | | | | | |
| **CAPATAZ(Resp. De la Tarea):** | | | | | | **Firma:** | | | **Fecha:** | | | |
| **PREVENCIONISTA DE MASS:** | | | | | | **Firma:** | | | **Fecha:** | | | |
| ***SUPERVISOR (p/ AST Conformada):*** | | | | | | **Firma** | | | **Fecha** | | | |
| ***JEFE DE MASS (p/ AST Conformada):*** | | | | | | **Firma** | | | **Fecha** | | | |