

Reporte de Aspectos Ambientales, Actos y Condiciones Inseguras

Datos del observador

Nombre del Observador: _____ Colaborador: ☐ Contratista: ☐ Visitante: ☐

Lugar: _____ Tipo de Observación: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Turno: _____ Planeada: ☐ Espontanea: ☐

¿Qué se Observa? _____

Identificación del hallazgo

1 Equipo de Protección Personal	2. Posiciones incómodas o caídas	3 Herramientas, Equipos y Maquinaria	4 Orden y Limpieza	5 Medio Ambiente
Cabeza: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Golpear contra o ser golpeado por un objeto	<input type="checkbox"/> Uso inadecuado de herramientas y equipo de trabajo	<input type="checkbox"/> Equipo de protección en mal estado	<input type="checkbox"/> Residuos en las áreas
Ojos y Cara: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quedar atrapado sobre, entre o dentro de un objeto	<input type="checkbox"/> Herramientas y equipos en mal estado o inseguro	<input type="checkbox"/> Maquinaria, paredes, pisos y dispensarios sucios	<input type="checkbox"/> Fugas de agua
Oídos: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Contacto con temperatura extremas	<input type="checkbox"/> Faltas de guardas <input type="checkbox"/> Mangueras y cables en mal estado	<input type="checkbox"/> Exceso de materiales en el lugar de trabajo	<input type="checkbox"/> Segregación incorrecta de residuos
Aparto Respiratorio: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Contacto con corriente eléctrica	<input type="checkbox"/> Botones en mal estado <input type="checkbox"/> Maquinaria sin paros de emergencia	<input type="checkbox"/> Contenedores de residuos saturados	<input type="checkbox"/> SQ sin almacenar correctamente
Brazos y Manos: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inhalar, absorber o ingerir una sustancia química	<input type="checkbox"/> Falla de sensores de seguridad <input type="checkbox"/> Falta de Mantenimiento a maquinaria	<input type="checkbox"/> Materiales mal almacenados	<input type="checkbox"/> Derrames, goteos o fugas
Abdomen y Tórax: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sobre-esfuerzo	<input type="checkbox"/> Válvulas de seguridad inadecuadas o en mal estado		<input type="checkbox"/> Daños al medio ambiente
Piernas y Pies: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Posturas Inadecuadas	<input type="checkbox"/> Exceso de ruido en la maquinaria		

Acciones

Acción	Responsable	Fecha	
		Compromiso	Cierre

Reporte de Aspectos Ambientales, Actos y Condiciones Inseguras

Datos del observador

Nombre del Observador: _____ Colaborador: ☐ Contratista: ☐ Visitante: ☐

Lugar: _____ Tipo de Observación: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Turno: _____ Planeada: ☐ Espontanea: ☐

¿Qué se Observa? _____

Identificación del hallazgo

1 Equipo de Protección Personal	2. Posiciones incómodas o caídas	3 Herramientas, Equipos y Maquinaria	4 Orden y Limpieza	5 Medio Ambiente
Cabeza: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Golpear contra o ser golpeado por un objeto	<input type="checkbox"/> Uso inadecuado de herramientas y equipo de trabajo	<input type="checkbox"/> Equipo de protección en mal estado	<input type="checkbox"/> Residuos en las áreas
Ojos y Cara: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quedar atrapado sobre, entre o dentro de un objeto	<input type="checkbox"/> Herramientas y equipos en mal estado o inseguro	<input type="checkbox"/> Maquinaria, paredes, pisos y dispensarios sucios	<input type="checkbox"/> Fugas de agua
Oídos: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Contacto con temperatura extremas	<input type="checkbox"/> Faltas de guardas <input type="checkbox"/> Mangueras y cables en mal estado	<input type="checkbox"/> Exceso de materiales en el lugar de trabajo	<input type="checkbox"/> Segregación incorrecta de residuos
Aparto Respiratorio: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Contacto con corriente eléctrica	<input type="checkbox"/> Botones en mal estado <input type="checkbox"/> Maquinaria sin paros de emergencia	<input type="checkbox"/> Contenedores de residuos saturados	<input type="checkbox"/> SQ sin almacenar correctamente
Brazos y Manos: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inhalar, absorber o ingerir una sustancia química	<input type="checkbox"/> Falla de sensores de seguridad <input type="checkbox"/> Falta de Mantenimiento a maquinaria	<input type="checkbox"/> Materiales mal almacenados	<input type="checkbox"/> Derrames, goteos o fugas
Abdomen y Tórax: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sobre-esfuerzo	<input type="checkbox"/> Válvulas de seguridad inadecuadas o en mal estado		<input type="checkbox"/> Daños al medio ambiente
Piernas y Pies: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Posturas Inadecuadas	<input type="checkbox"/> Exceso de ruido en la maquinaria		

Acciones

Acción	Responsable	Fecha	
		Compromiso	Cierre