

# Cartilla de Identificación Segura



Empresa: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Responsable de la tarea: \_\_\_\_\_

N° OT: \_\_\_\_\_

Tarea: \_\_\_\_\_

Mira hacia arriba, abajo, al lado y adentro

<p>¿Me siento en condiciones de salud y física para realizar esta tarea?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>	<p>¿Están los accesos en buenas condiciones y seguros para transitar?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>	<p>¿Conozco la planificación diaria de tareas o actividades a ejecutar?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>
<p>¿Existe una comunicación entre el personal que realiza trabajos simultáneos alrededor?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/></p>	<p>¿Conozco la tarea que voy a realizar?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>	<p>¿Puedo hacer mi trabajo sin dañar al medio ambiente (suelo, aire, agua, flora o fauna)?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>
<p>¿Me siento tranquilo y seguro para realizar mi trabajo?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>	<p>¿Cuento con autorización o certificación para operar equipos, máquinas y herramientas específicas?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/></p>	<p>¿Las condiciones en mi entorno de trabajo y/o ambientales me permiten hacer mi trabajo de una manera segura?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>
<p>¿Tengo autorización para ingresar al área?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>	<p>¿Puedo hacer mi trabajo sin dañar algún equipo o estructura en el área de trabajo?</p> <p>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>	<p>Si existe alguna respuesta que afecte mi seguridad, la de otros y el entorno, <b>no</b> avance y contacte a su supervisor</p>

Parar / Observar



## Identifica tus riesgos: Riesgos Materiales

Identificar / Controlar



INHALACIÓN / CONTACTO DE  
SUSTANCIAS PELIGROSAS

Si ☐ N/A ☐



LIBERACIÓN DESCONTROLADA  
DE ENERGÍA

Si ☐ N/A ☐



ACCIDENTE  
EN RUTA

Si ☐ N/A ☐



ATRAPAMIENTO

Si ☐ N/A ☐



CAÍDA DE PERSONA  
DESDE ALTURA

Si ☐ N/A ☐



CAÍDA DE OBJETO

Si ☐ N/A ☐



CHOQUE, COLISIÓN Y  
VOLCAMIENTO EN MINA,  
PILA, BOTADERO Y STOCK

Si ☐ N/A ☐



COLAPSO  
BOTADERO

Si ☐ N/A ☐



CONTACTO CON  
ENERGÍA ELÉCTRICA  
ARCO ELÉCTRICO

Si ☐ N/A ☐



DETONACIÓN EN  
TRONADURA

Si ☐ N/A ☐



ESPACIO CONFINADO /  
ATMÓSFERA CONTAMINADA

Si ☐ N/A ☐



EXTRAVÍO EN ZONAS FUERA  
DEL ÁREA INDUSTRIAL

Si ☐ N/A ☐



IMPACTO EQUIPO  
MÓVIL / VEHÍCULO A PERSONA

Si ☐ N/A ☐



IMPACTO  
PERSONA TREN

Si ☐ N/A ☐



LABORES DE  
BUCEO

Si ☐ N/A ☐



ACCIDENTE EN  
MANIOBRAS DE IZAJE

Si ☐ N/A ☐



COLAPSO DE  
TALUD DE PILA

Si ☐ N/A ☐



DERRUMBE  
DE PARED

Si ☐ N/A ☐



ACCIDENTE EN  
MANIOBRAS DE IZAJE

Si ☐ N/A ☐



FALLA DE  
TERRENO

Si ☐ N/A ☐



EXPOSICIÓN A  
NEBLINA ÁCIDA

Si ☐ N/A ☐



EXPOSICIÓN A  
SÍLICE

Si ☐ N/A ☐



INMERSIÓN

Si ☐ N/A ☐

Otros ¿Cuáles?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recuerde que si cambia la condición debe volver a realizar su cartilla de identificación segura



## Identifica tus riesgos: Riesgos No Materiales

Identificar / Controlar

 GOLPEADO POR O CONTRA Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 APRISIONAMIENTO DE MANOS Y PIES Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 DERRAME DE SUSTANCIAS Y/O RESIDUOS Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
 CAÍDA A MISMO NIVEL Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 SOBRESFUERZO Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 EXPOSICIÓN A RUIDO Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
 CONTACTO CON TEMPERATURAS EXTREMAS Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 CONTACTO CON SUSTANCIAS QUÍMICAS Y/O RESIDUOS Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 CONTACTO CON BORDES FILOSOS Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
 PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 EXPOSICIÓN POR ARCO VOLTAICO Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	<b>Otros ¿Cuáles?</b> _____ _____ _____



## Identifica tus riesgos: Riesgos Materiales

Relaciona los siguientes Permisos de trabajo según la tarea a realizar

Identificar / Controlar

 PERMISO DE ESPACIO CONFINADO Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 PERMISO PARA INTERVENCIÓN EN ALTA TENSIÓN Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
 PERMISO DE INTERACCIÓN EN EL PROCESO CON SUSTANCIAS PELIGROSAS Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 PERMISO PARA EXCAVACIÓN Y ZANJAS Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>	 PERMISO TRABAJO SIMULTÁNEO Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
 PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURA $\geq 10$ MTS. ARMADO Y DESARME DE ANDAMIO CON MÁS DE 1 CUERPO Y USO DE CANASTILLO CONECTADO A LA GRÚA MÓVIL Si <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>		

Recuerda que debes completar el Permiso de trabajo si aplica

Recuerde que si cambia la condición debe volver a realizar su cartilla de identificación segura



## Controlar



¿Tengo todos los EPP necesarios para ejecutar la tarea?

Si ☐ No ☐ N/A ☐



¿Entiendo y conozco los Controles Críticos que debo aplicar?

Si ☐ No ☐ N/A ☐



¿Revisé que las herramientas, maquinarias y equipos que utilizaré están en buen estado?

Si ☐ No ☐ N/A ☐



¿Conozco los PEE y plan de emergencia del área de trabajo?

Si ☐ No ☐



¿Tengo la HDS del producto y los controles para un posible impacto?

Si ☐ No ☐ N/A ☐



¿Tengo definido los lugares donde dejar los residuos?

Si ☐ No ☐ N/A ☐



¿Cuento con el procedimiento o instructivo de trabajo que se requiere para esta tarea de acuerdo al Inventario de riesgo?  
Si su respuesta es No, Complete las AST

Si ☐ No ☐ N/A ☐



¿El personal que ejecutará la tarea conoce el procedimiento, instructivo, estándar o manual, relacionado con ella?

Si ☐ No ☐ N/A ☐

Controlar

Indica el nombre del procedimiento, estándar, Instructivo o manual

Tengo otras medidas de control

Si existe alguna respuesta que afecte mi seguridad, la de otros y el entorno, no avance y contacte a su supervisor

Recuerde que si la tarea requiere bloqueo, aplíquelo y verifique con energía cero. Si el trabajo tiene un Riesgo Material debes contar con el Procedimiento de trabajo Seguro



Mantener la seguridad primero en todas las tareas: si la condición de trabajo, las personas, el equipo o el entorno cambia PARE

Si no estás seguro de la evaluación que hiciste o sientes que los controles que has implementado no son suficientes, PARA y contacta a tu supervisor.

Actuar

Nº	Nombre	Rut	Firma
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Supervisor

Firma

## Finalización de tarea Housekeeping

Lee atentamente y marca check o N/A en cada una de las siguientes preguntas



¿Retiré todos los Bloqueos?



¿Guardé las herramientas Y los equipos?



¿Dejé ordenado el área?



¿Almacené las sustancias químicas? / ¿Dispuse correctamente los residuos?



¿Se dio aviso que nos retiramos del área?

¿Identifiqué algún riesgo adicional? ¿cuál?

---

---

¿Se deja alguna condición de riesgo en el lugar de trabajo?  
Si la respuesta es sí, tome acción.

---

---

¿Hay algo que mejorar o destacar del trabajo realizado?

---

---

**“El mejor trabajo  
Sale de una  
Acción segura”**