# Anexo 1 Recopilación de información preliminar

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antecedentes de la Empresa: | | | | | |
| Empleadora Entidad: | | COMASA SPA | RUT: | 96.546.010-1 | |
| Representante Legal: | | Rodrigo Izquierdo | RUT: | 9.099.540-5 | |
| Fono: | +569 9299 2872 | | e-mail: | rizquierdo@comasageneracion.cl | |
| Contacto en la organización: | | | Fono: | | e-mail: |
| Soraida García Morales. | | | 979589616. | | sgarcia@comasageneracion.cl |

|  |
| --- |
| Antecedentes del Accidente: |
| Nombre del accidentado: Sexo: RUT: |
|  |
| Nombre de testigos del accidente: |
|  |
| Ubicación y características del lugar del accidente: |
|  |
| Descripción del Accidente: |
|  |

# Anexo 2 Recopilación de información preliminar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TAREA (Actividad que realizaba la persona accidentada en el momento del accidente)** | | |
| 1. ¿La tarea que desarrollaba en el momento del accidente era propia de su puesto de trabajo? | | |
| Sí No  OBS: Si la respuesta es “si”, pasar a 2, y si es “no” pasar a 3 | | |
| 2. ¿La tarea que desarrollaba era habitual? (si se realiza varias veces durante el desarrollo normal del trabajo) | | |
| Sí No  OBS: Si la respuesta es “si”, pasar a 2.1, y si es “no” pasar a 3 | | |
| 2.1. ¿Se realizaba la tarea habitual de la misma manera con la que se venía realizando normalmente?  Sí No  OBS: Si la respuesta es “no”, pasar a 2.3 | 2.2. Desarrollando la tarea de la forma habitual  ¿era posible que ocurriera el accidente?  Sí No  OBS: Pasar a 3 directamente. | 2.3. ¿Por qué la persona accidentada realizaba la tarea habitual de diferente manera? (sólo completar si la respuesta en 2.1 es no)  No era posible realizarla de la forma habitual.  Desconocía la forma habitual de realizar la tarea.  Había recibido instrucciones de realizarla de esta manera.  Otros (especificar): |
| 3. ¿Con qué frecuencia el(la) trabajador(a) accidentado(a) había desarrollado durante su vida laboral esta misma tarea? | | |
| Era la primera vez  De manera esporádica  Frecuentemente | | |
| 4. ¿El(la) trabajador(a) accidentado(a) había recibido en la empresa instrucciones sobre cómo realizar la tarea? | | |
| Sí No  OBS: Si la respuesta es “si”, pasar a 4.1, y si es “no” pasar a 5 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.1. ¿Qué tipo de instrucciones?  Escritas Verbales Ambas | 4.2. ¿De quién recibió las instrucciones?  Instrucciones del empleador Instrucciones del jefe Instrucciones del encargado Instrucciones de compañeros | | 4.3. ¿Estaba realizando la tarea de acuerdo con esas instrucciones?  Sí No |
| 5. ¿La tarea se realiza habitualmente con algún tipo de equipo de protección personal (EPP)?: | | | |
| Sí No  OBS: Si la respuesta es “si”, indicar cuáles y pasar a 5.1, y si es “no” pasar a 6 (ítem “LUGAR”) | | | |
| 5.1. ¿El equipo de protección personal es el adecuado al riesgo que cubre?  Sí No | | 5.2. ¿La persona accidentada utilizaba estos equipos en el momento del accidente?  Sí X No | 5.3. ¿Hubiera evitado el accidente la utilización de algún otro equipo de protección personal?  Sí No |
| **LUGAR (Espacio físico en el que sucedió el accidente)** | | | |
| 6. ¿La tarea se realizaba en el lugar habitual de trabajo? | | | |
| Sí No  OBS: Si la respuesta es “si”, pasar a 6.1, y si es “no”, pasar a 6.2 | | | |
| 6.1. Desarrollando la tarea en el lugar habitual ¿era posible que ocurriera el accidente?  Sí No  OBS: Pasar a 7 directamente. | | 6.2. ¿Por qué la persona accidentada no realizaba la tarea en el lugar habitual de trabajo? (sólo completar si la respuesta en 6 es no)  No era posible realizarla en el lugar habitual. Desconocía el lugar habitual.  Había recibido instrucciones de realizarla en otro lugar. Otros (especificar): Se encontraba en Parada General de Planta | |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. ¿Existe relación entre el accidente ocurrido y alguna de las circunstancias siguientes asociadas a las instalaciones existentes en el lugar en donde sucedió el accidente? (marque todas las que correspondan) | |
| Protección frente a contactos eléctricos directos defectuosa o inexistente.  Protección frente a contactos eléctricos indirectos defectuosa o inexistente.  Focos de ignición no controlados.  Inexistencia de compartimentación de áreas de riesgo.  Insuficiencia de compartimentación de áreas de riesgo.  Sistemas de detección incendios-transmisión de alarmas incorrectos.  Instalaciones de extinción de incendios incorrectas.  Otros (especificar): | |
| **TIEMPO (Momento en el que sucedió el accidente)** | |
| 8. ¿La tarea relacionada con el accidente se estaba realizando en el momento habitual en que solía realizarse? | |
| Sí No  OBS: Si la respuesta es “si”, pasar a 8.1, y si es “no”, pasar a 8.2 | |
| 8.1. Desarrollando la tarea en el momento habitual ¿era posible | 8.2. ¿Por qué la persona |
| que ocurriera el accidente? | accidentada no realizaba |
| Sí No | la tarea en el momento  habitual? (sólo completar |
|  | si la respuesta en 8 es no) |
|  | Había surgido algún |
|  | imprevisto. |
|  | Había recibido |
| OBS: Pasar a 9 directamente | instrucciones. |
|  | Otros (especificar): Horas extras. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9. ¿Existe relación entre el accidente ocurrido y alguna de las circunstancias siguientes? (marque todas las que correspondan) | | |
| Realizando horas extra  Doblando un turno  Realizando una jornada superior a la ordinaria  Después de una pausa  Otros (especificar): | | |
| **EQUIPO DE TRABAJO (toda máquina, herramienta, accesorio y/o vehículo, que se utilizaba cuando**  **sucedió el accidente)** | | |
| 10. ¿Se estaba utilizando equipo(s) de trabajo durante la realización de la tarea relacionada con el accidente? | | |
| Sí No  **Destornillador de paleta.**  OBS: Si la respuesta es “si”, indicar cuáles y pasar a 10.1, y si es “no” pasar a 11 | | |
| 10.1. ¿El equipo de trabajo utilizado era el habitual para el desarrollo de la tarea (el que se utiliza normalmente para esa tarea)?  Sí No  OBS: Si la respuesta es “no”, pasar a 10.3 | 10.2. Utilizando el equipo de trabajo habitual ¿era posible que ocurriera el accidente?  Sí No  OBS: Pasar a 11 directamente. | 10.3. ¿Por qué la persona accidentada no utilizaba el equipo de trabajo habitual? (sólo completar si la respuesta en 10.1 es no)  Desconocía la existencia de un equipo habitual.  El equipo habitual lo estaba utilizando otra persona.  El equipo habitual estaba estropeado o en mal estado.  Otros (especificar): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11. ¿Existe relación entre el accidente ocurrido y alguna de las circunstancias siguientes asociadas a equipos de trabajo? (marque todas las que correspondan) | | |
| Órganos móviles alejados del punto de operación accesible.  Zona de operación desprotegida o parcialmente protegida.  Arranque intempestivo.  Anulación de protectores.  Inexistencia de elementos o dispositivos de control (indicador nivel, limitador de carga, etc.)  Ausencia de alarmas (puesta en marcha máquinas peligrosas, marcha atrás vehículos, etc.)  Paro de emergencia inexistente.  Paro de emergencia no accesible.  Ausencia de medios para la consignación de la máquina.  Ausencia de protecciones antivuelco (R.O.P.S.) en máquinas automotrices.  Deficiencia de protecciones antivuelco en máquinas automotrices.  Ausencia de pantallas de protección contra caída de materiales.  Deficiencia de cabina de protección contra caída de materiales.  Otros (especificar**): Interior de espacio confinado.** | | |
| MATERIALES, SUSTANCIAS Y/O PRODUCTOS | | |
| 12. ¿Estaba involucrado en el accidente alguna sustancia o producto? | | |
| Sí No X  OBS: Si la respuesta es “si”, pasar a 12.1, y si es “no” pasar a 13 | | |
| 12.1 Indique el tipo de sustancia y/o producto involucrado (marque todas las que correspondan)  Sustancia/producto explosivo | 12.2. ¿Es habitual la utilización o presencia de esa sustancia/producto para el desarrollo de la tarea relacionada con el accidente? | 12.3. ¿Por qué se estaba utilizando una sustancia/ producto que no era de uso habitual? |
| Sustancia/producto inflamable | Sí No | Porque la habitual estaba agotada. |
| Sustancia/producto tóxico |  |  |
| Sustancia/producto corrosivo Sustancia/producto irritante  Sustancia/producto sensibilizante por inhalación o cutánea |  | Normalmente no se utiliza ninguna sustancia, pero por circunstancias excepcionales se estaba utilizando.  Otros (especificar: |
| Sustancia/producto que reacciona peligrosamente con el agua  Otros (especificar): | OBS: Si la respuesta es “no”, pasar a  12.3. De lo contrario pasar a 13. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 13. ¿Existe relación entre el accidente ocurrido y alguna de las circunstancias siguientes asociadas a Materiales? (marque todas las que correspondan) | | |
| Materiales muy pesados en relación con los medios de protección utilizados. X Materiales con aristas, perfiles cortantes.  Inestabilidad en almacenamiento por apilado. Manipulación manual de cargas  Otros (especificar): | | |
| **AMBIENTE DE TRABAJO** | | |
| 14. Marque todas las alternativas que tengan relación entre el accidente ocurrido y las siguientes circunstancias asociadas a condiciones ambientales. | | |
| Factores de riesgos asociados a condiciones ambientales | Presencia durante el accidente  Sí No | Presencia Habitual  Sí No |
| Agresión térmica por frío/calor |  |  |
| Nivel de ruido elevado |  |  |
| Iluminación incorrecta (insuficiente, deslumbramientos, efecto estroboscópico, etc.) |  |  |
| Nivel de vibración que provoca pérdida de tacto o fatiga. |  |  |
| Exposición ambiental a sustancias / productos tóxicos |  |  |
| Exposición a contaminantes biológicos. |  |  |
| Agresiones por seres vivos. |  |  |
| Otros (especificar): |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FACTORES MÚSCULO ESQUELÉTICOS** | | |
| 15. Marque todas las alternativas que tengan relación entre el accidente ocurrido y las siguientes circunstancias asociadas a factores músculo esqueléticos. | | |
| Factores de riesgo | Presencia durante el accidente  Sí No | Presencia Habitual  Sí No |
| Exceso de esfuerzo físico |  |  |
| Manipulación de cargas |  |  |
| Posturas forzadas |  |  |
| Movimientos repetitivos |  |  |
| Otros (especificar): |  |  |
| ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO | | |
| 16. Marque todas las alternativas que tengan relación entre el accidente ocurrido y las siguientes circunstancias asociadas a organización del trabajo. | | |
| Condiciones | Presencia durante el accidente  Sí No | Presencia Habitual  Sí No |
| Simultaneidad de tareas por el mismo operario |  |  |
| Trabajo a velocidad o ritmo elevado |  |  |
| Primas por productividad |  |  |
| Trabajo monótono |  |  |
| Trabajo aislado/solitario |  |  |
| Faltade supervisión |  |  |
| Trabajo a turnos |  |  |
| Trabajo nocturno |  |  |
| Trabajo temporal |  |  |
| Exceso de horas de trabajo |  |  |
| Exceso de esfuerzo mental |  |  |
| Otros (especificar): |  |  |

# Anexo n°4

Formato de informe para la investigación

de accidentes

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Antecedentes Generales** | | | | | | |
| **Datos del empleador** | | | | | | |
| Entidad Empleadora  COMASA SpA | | | | Actividad económica:  Termoeléctrica | | |
| Dirección (Avenida/calle):  Camino a la colonia Km 5 S/N | | Número: | | Comuna: | | Ciudad /Región: |
| Teléfono  979589616 | Mail  sgarcia@comasageneracion.cl | | | | | |
| N° de Trabajadores:  95 | Propiedad de la empresa19:  Privada | | Tipo de empresa20:  Principal | | Promedio anual de trabajadores:  98 | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del trabajador/a accidentado** | | | | | | |
| Nombre Completo: | | C.I: | | | | Fecha de nacimiento. |
| Lugar de nacimiento: | | Pueblo originario 21: | | | | Nacionalidad |
| Sexo: | | Edad: | | | Profesión u oficio: | Fecha de ingreso: |
| Fecha de contrato: | Tipo de ingreso22 : | | | Categoría ocupacional 23 : | | Antigüedad en el puesto: |
| Dirección (avenida/calle): | Número: | | | | Comuna: | Ciudad /Región: |
| Teléfono fijo de trabajador accidentado: | Teléfono móvil de trabajador accidentado: | | | | Persona de contacto del accidentado: | Número de telefónico del contacto: |
| **Datos del accidente** | | | | | | |
| Fecha del accidente: | Día de la semana: | | Hora del día: | | Horas de trabajo: | Dirección lugar del accidente: |
| Comuna | | | Criterio gravedad 24: | | Fecha defunción (si corresponde): | Lugar de defunción (si corresponde): |

1. Indicar si corresponde a una empresa pública o privada.
2. Indicar si corresponde a una empresa principal, contratista, subcontratista o de servicios transitorios.
3. Alacalufe, Atacameño, aimara, Colla, Diaguita, Mapuche, quechua, Rapa Nui, Yamana (Yagán), otro.
4. Corresponde a remuneración fija, remuneración variable o honorarios.
5. Indicar si corresponde a empleador, trabajador dependiente, trabajador independiente, familiar no remunerado o trabajador voluntario.
6. Indicar si corresponde a muerte del trabajador, desaparecido producto del accidente, maniobras de reanimación, maniobras de rescate, caída de altura de más de 1.8 mts., amputación traumática, número de trabajadores afecta el desarrollo normal de la faena o accidente en condición hiperbárica.

|  |
| --- |
| **2. Construcción del relato** |
| **2.1 Texto Final.** |
|  |
| **2.2 Lista de Hechos.** |
|  |

|  |
| --- |
| **3. Esquema árbol de causas** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Determinación de causas y medidas de control** | | | | | | | |
| Hechos\* | Causa asociada\*\* | | N° de Medida\*\*\* | Medidas adoptadas | Relacionada con (puesto, equipo, taller) | Plazo de implementación | Responsable de implementación |
| (Glosa) | Código |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* = Proveniente del listado de hechos del ítem III. \*\* = Obtenidas a partir de la aplicación del punto 5.3.3 de la presente guía. \*\*\* = Asignada en forma correlativa | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Equipo responsable de la investigación** | | | | |
| **5.1. Participantes del comité.** | | | | |
| N° | Nombre y Apellidos | Cargo /Puesto | Antigüedad laboral | Firma |
| 01 |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| **5.2. Responsable de la Investigación.** | | | | |
| Nombre y Apellidos | | | | |
| Cargo /Puesto | | | | |
| Firma | | | | |
| Fecha de Emisión del Informe: | | | | |

Anexo n°5 Seguimientode la implementación de la medida de control

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de Medida de Control\* | Fecha real de implementación | Aplicación | | Razones de la no implementación o demora en su concreción |
| Si | No |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| \* = Correspondiente al número correlativo de medida presentado en la Tabla del Anexo 4, punto 4. | | | | |