

### PASO 1

### PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

SUPERVISOR QUE ASIGNA EL TRABAJO				EMPRESA			
GERENCIA			FECHA	/ /	HORA INICIO	HORA TÉRMINO	
SUPERINTENDENCIA / ESPECIALIDAD				LUGAR ESPECÍFICO			
TRABAJO A REALIZAR							

### PASO 2

### RIESGOS Y CONTROLES CRÍTICOS

Si un control crítico no está presente, NO puedes iniciar tu trabajo y debes comunicarte con el supervisor a cargo y juntos definir el control a implementar.

#### PREGUNTAS TRANSVERSALES, APLICABLE A TODOS LOS RIESGOS.

Las siguientes preguntas son transversales, responde siempre, independiente del Riesgo Crítico al cual estés expuesto. Marque con un

SUPERVISOR(A)	SI	NO	TRABAJADOR(A)	SI	NO
¿El trabajo que asignaré cuenta con un estándar, procedimiento y/o instructivo? Indicar nombre: _____			¿Conozco el estándar, procedimiento y/o instructivo del trabajo que ejecutaré? Indicar nombre: _____		
¿El personal que asignaré para realizar el trabajo, cuenta con las capacitaciones, competencias, salud compatible y/o acreditaciones requeridas?			¿Cuento con las competencias y salud compatible para ejecutar el trabajo?		
¿Durante la planificación del trabajo, me aseguro de solicitar los permisos para ingresar a las áreas, intervenir equipos y/o interactuar con energías?			¿Cuento con la autorización para ingresar al área a ejecutar el trabajo?		
¿Verifiqué que el personal cuenta con los elementos requeridos para realizar la segregación y señalización del área de trabajo, según diseño?			¿Segregué y señalicé el área de trabajo con los elementos según diseño?		
¿El personal a mi cargo cuenta con sistema de comunicación de acuerdo al protocolo de emergencia del área?			¿Conozco el número de teléfono o frecuencia radial para dar aviso en caso de emergencia, según protocolo del área?		
¿El personal que asignaré para realizar el trabajo, cuenta con los EPP definidos en el procedimiento de trabajo?			¿Uso los EPP definidos para el trabajo y se encuentran en buenas condiciones?		

#### RIESGOS CRÍTICOS ESPECÍFICOS DEL TRABAJO.

Identifique los riesgos críticos del trabajo a ejecutar y verifique las preguntas según los "Controles Críticos que Salvan Vidas".

SUPERVISOR(A)	Nombre: _____																														
	Cód:	SI	NO	N/A		Cód:	SI	NO	N/A		Cód:	SI	NO	N/A		Cód:	SI	NO	N/A		Cód:	SI	NO	N/A		Cód:	SI	NO	N/A		
Nº						Nº					Nº																				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº					Nº					Nº						Nº					Nº				
Nº						Nº																									



# ART

## Utilicemos los Controles Críticos que Salvan Vidas.

### PASO 3

### OTROS RIESGOS.

RIESGOS	MEDIDA DE CONTROL

### PASO 4

### TRABAJOS EN SIMULTÁNEO.

¿Existen trabajos en simultáneo?		Si su respuesta es SI, describa el contexto del trabajo en simultáneo y verifique:	¿Se realizó la coordinación con el líder de la cuadrilla que realiza el trabajo en simultáneo?		¿Se realizó la verificación cruzada de Controles Críticos?		¿Se comunicó a todos los trabajadores las acciones de control que debe aplicar en trabajos simultáneos?	
SI	NO		SI	NO	SI	NO	SI	NO
		_____						
		FIRMAS						

### PASO 5

### CONDICIONES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS PARA REALIZAR EL TRABAJO / VALIDACIÓN ART POR EQUIPO EJECUTOR.

	NOMBRE	CARGO	¿Verifiqué las condiciones físicas y psicológicas de todo el Equipo Ejecutor del Trabajo?		FIRMA
			SI	NO	
CAPATAZ					
LÍDER/ SUPERVISOR					

	NOMBRE	CARGO	Confirmando que estoy en condiciones de hacer el trabajo		FIRMA
			SI	NO	
TRABAJADOR 1					
TRABAJADOR 2					
TRABAJADOR 3					
TRABAJADOR 4					
TRABAJADOR 5					
TRABAJADOR 6					
TRABAJADOR 7					
TRABAJADOR 8					
TRABAJADOR 9					
TRABAJADOR 10					
¿TODO EL PERSONAL SE RETIRA DEL ÁREA DE TRABAJO AL TERMINO DE LA JORNADA?					_____
					Firma del Capataz

**NINGÚN TRABAJO PODRÁ INICIAR SI UN CONTROL CRÍTICO NO ESTÁ IMPLEMENTADO. LEVANTE TARJETA VERDE.**