

Área de Trabajo		Fecha	
------------------------	--	--------------	--

Actividad		Disciplina/Dpto.	
------------------	--	-------------------------	--



1. ESTE DOCUMENTO DEBE SER COMPLETADO POR LA SUPERVISION ANTES DE INICIAR LA ACTIVIDAD.
2. ESTE DOCUMENTO ES PARA EFECTUAR UNA VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL ENTORNO DEL AREA DE TRABAJO DONDE SE EJECUTARÁ LA ACTIVIDAD.
3. MARQUE CON UN

Observe a su alrededor e identifique peligros o condiciones que podrían causarle lesión o daño a usted y/o a su equipo.

ORIENTACIÓN	VERIFICACIÓN	SI	NO	N/A
↑↓←→↻↻	¿El área de trabajo, se encuentra limpia y ordenada?			
↑↓←→↻↻	¿Existen equipos o maquinarias a mi alrededor que puedan lesionar a los trabajadores?			
↑↓←→↻↻	¿Las partes móviles en el área de trabajo, se encuentran señalizadas y con protecciones?			
↑↓←→↻↻	¿Existe una correcta segregación del área de trabajo?			
↑↓←→↻↻	¿El área de trabajo se encuentra ventilada?			
	¿Se realizan mediciones de gases?			
↑↓←→↻↻	¿Existen sustancias químicas o peligrosas (líquidas/sólidas/ gaseosas) que puedan lesionar a los trabajadores?			
↑↓←→↻↻	¿Existen materiales combustibles cercanos a mi área de trabajo?			
↑↓←→↻↻	¿Existen energías retenidas que puedan lesionar a los trabajadores?			
↑↓←→↻↻	¿Existen trabajos cruzados de otras especialidades?			
↑↓←→↻↻	¿Existen cañerías susceptibles de desacoplarse o que se encuentren dañadas?			
↑↓←→↻↻	¿El área de trabajo se encuentra bien iluminada?			
	¿Se realizó medición de Lux?			
↑↓←→↻↻	¿El área de operación de maquinaria industrial se encuentra segregada?			
↑↓←→↻↻	¿Existe condición de piso (desniveles, excavaciones, vacíos, agua, material sobre tamaño) que puedan lesionar a los trabajadores?			
↑	¿Existen cargas suspendidas en el área donde se ejecutará la actividad y que sean susceptibles de caer sobre alguna persona?			
↑	¿En las plataformas superiores existen materiales, herramientas u otros elementos con peligro de caída desde altura?			
↓	¿El estado de la plataforma temporal de trabajo es el adecuado?			
↑	¿Existe alguna interferencia en el área de desplazamiento del puente grúa? (Realizar lista de verificación)			
↑	¿Existe trabajo cruzado entre grúas? (Operación de dos o más equipos de izaje en una misma área).			
↑↓←→↻↻	¿Existe trabajo cruzado con operaciones de división salvador? (Cruce de ART)			
↑↓←→↻↻	¿Existen en el área de trabajo riesgo de atrapamiento / aprisionamiento?			
↓←→↻↻	¿Existen condiciones del entorno que puedan generar lesiones en extremidades inferiores?			

ORIENTACIÓN	VERIFICACIÓN	SI	NO	N/A
 <p>ARRIBA ABAJO IZQUIERDA DERECHA ATRÁS DE FRENTE</p>	¿En el área donde realizaré funciones, existen vanos, grating o plataformas dañadas que pudieran generar incidentes a mismo nivel o caídas a distinto nivel?			
 <p>ARRIBA ABAJO IZQUIERDA DERECHA ATRÁS DE FRENTE</p>	¿Las plataformas, barandas, grating o pasamanos de mi área, requieren reparación previo inicio de actividades?			
 <p>ARRIBA ABAJO IZQUIERDA DERECHA ATRÁS DE FRENTE</p>	¿Cuento con los elementos necesarios para dejar las plataformas, grating, vanos u otras estructuras señalizadas, segregadas y en condiciones de evitar la caída de alguna persona al finalizar la actividad?			

CONDICION	CONTROL

Describir otras condiciones o peligros observados:



NOTA:
SI SE LEVANTAN DESVIACIONES, ANTES DE LIBERAR EL AREA DE TRABAJO, DEBE IMPLEMENTAR MEDIDAS DE CONTROL QUE ASEGUREN QUE LA CONDICION HA SIDO CORREGIDA.



Autoriza la liberación interna del área:

NOMBRE CAPATAZ	
FIRMA	
NOMBRE SUPERVISOR	
FIRMA	

Toma de conocimiento SSO:

NOMBRE SSO ÁREA	
FIRMA	