

**I. PERSONAL**

Propio:

Contratista:

**II. DATOS GENERALES**

Área responsable del trabajo:	<input type="text"/>	Responsable:	<input type="text"/>
Empresa Contratista:	<input type="text"/>	Responsable:	<input type="text"/>
Área donde se realizará el trabajo:	<input type="text"/>		
Fecha de inicio:	<input type="text"/>	Fecha Finalización:	<input type="text"/>
Días a laborar:	<input type="text"/>	Horario a trabajar:	<input type="text"/>

**III. PLAN DE TRABAJO**

**TRABAJOS A EJECUTAR (DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES):**

1. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	7. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	8. <input type="text"/>
4. <input type="text"/>	9. <input type="text"/>
5. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>

**IV. TRABAJADORES AUTORIZADOS**

NOMBRES Y APELLIDOS	CARNET DE IDENTIDAD	EMPRESA SEGURO SOCIAL-ACCIDENTES	CUMPLE INDUCCIÓN DE SEGURIDAD
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**V. HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MAQUINARIA A USAR**

1. <input type="text"/>	7. <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	8. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	9. <input type="text"/>
4. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>
5. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
6. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>

**VI. AUTORIZACIONES**

Supervisor de la Obra:	<input type="text"/>		
Firma:	<input type="text"/>	Fecha:	<input type="text"/>
Supervisor SYS0:	<input type="text"/>		
Firma:	<input type="text"/>	Fecha:	<input type="text"/>

*Esta página debe ser llenada junto con el Supervisor SYSO antes de realizarse el trabajo*

**VII. TRABAJOS A REALIZAR (ALTO RIESGO)**

1- Trabajos en Alturas:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5. Trabajos en excavación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Trabajos de Izaje:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	6. Trabajos en instalaciones eléctricas (Baja y Media tensión):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Trabajos en espacios confinados:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	7. Otros que presente ALTO RIESGO (Describir):	
4. Trabajos en caliente (Cortes y Soldaduras):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

**VIII. MEDIDAS DE CONTROL**

1.
2.
3.
4.
5.
6.

**IX EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A UTILIZAR Y QUE DEBEN PORTAR CON OBLIGATORIEDAD**

Casco de seguridad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Filtro para vapores/humos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amés y línea de vida	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Botas de seguridad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Mandil soldador	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Protección auditiva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Gafas de seguridad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Guantes para químicos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Guantes de cuero	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Antiparras	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Botas para químicos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Guantes dieeléctricos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Filtro para polvo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Línea de aire asistido	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otros:	

**X. PRECAUCIÓN EN EL ÁREA**

Demarcación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tarjeta de advertencia colocadas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Herramientas y maquinaria en buen estado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Señalización	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trabajos requieren bloqueo de energía	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Botiquín de primeros auxilios	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Iluminación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Extintores portátiles disponibles	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

**XI. VALIDACIÓN**

Supervisor del trabajo:			
Firma:		Fecha:	
Supervisor SYSO:			
Firma:		Fecha:	
Contratista (Si aplica)			
Firma:		Fecha:	

**XII. INSPECCIONES**

<input type="checkbox"/> Cumple <input type="checkbox"/> No Cumple	Paro de Actividad:		
Observaciones:		Fecha:	
Supervisor SYSO:		Firma:	
<input type="checkbox"/> Cumple <input type="checkbox"/> No Cumple	Paro de Actividad:		
Observaciones:		Fecha:	
Supervisor SYSO:		Firma:	

**XIII - TRABAJO EN CALIENTE**

Área sin material combustible o inflamable	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Existen extintores en buen estado suficientes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
El equipo/sistema aislado, bloqueado y liberado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Los equipos tienen conexión a tierra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se tiene disponible mamparas o pantallas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

**XIV - SEGURIDAD ELÉCTRICA**

El circuito ha sido desenergizado y bloqueado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	El personal está calificado para la actividad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	El piso está libre de humedad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fuentes de tensión a tierra y cortocircuito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Área aislada y completamente evacuada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Puntos energizados protegidos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Uso de EPP para trabajos con electricidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Los ejecutantes poseen tester de tensión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se verificó ausencia de tensión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Andamios a distancia mínima de la red aérea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se eliminó riesgos de electricidad estática	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Extintor disponible	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**XV - TRABAJO EN ALTURA**
**ANDAMIOS**

Estado y capacidad adecuada del andamio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Puntos de apoyo estables y resistentes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Uso de doble línea de vida	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Puntos de apoyo estables y resistentes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Área de trabajo (piso) 100% cubierta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Usa porta-herramientas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Bases (tablones) asegurados	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Seguros, abrazaderas y pasamanos buen estado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Herramientas aseguradas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Existen barandas laterales (guarda cuerpo)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alejado de líneas eléctricas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>ESCALERAS</b>	
Superficies secas y seguras	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EPP's para trabajos en altura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Zapatas de soporte	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Andamio cuenta roda pies y diagonales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Línea de vida anclada a estructura resistente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tope extendido	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Andamio cuenta con vías de acceso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Línea de vida fijada encima del punto de trabajo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Peldaños en buen estado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**XVI - TRABAJO DE IZAJE Y MOVIMIENTOS DE CARGAS**

Cables/eslingas certificados	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Elementos de izaje certificados	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	No existe lluvia, no vientos fuertes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Maquinaria y operador certificado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Jaula para personas certificadas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cumple con la distancia mínima a la red eléctrica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Grúa aprobada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Área de izaje aislada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Plan de izaje	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**XVI - TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS**

El equipo/sistema ha sido aislado y bloqueado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Arnés de seguridad y línea de vida colocada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Médico evaluó aptitud de salud de ejecutantes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alimentación de partes móviles bloqueadas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se realizó pruebas de línea de aire respirable	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ejecutantes conocen Lay-Out del espacio confinado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Existe iluminación general y de emergencia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se realizó pruebas de equipo de protección respiratoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Equipos de monitoreo atmosférico adecuado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Equipo/espacio confinado está ventilado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Existen procedimientos de rescate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Equipos de rescate instalados	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cilindros de gas inflamable fuera de espacio confinado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Comunicación adecuada entre ejecutante, vigía y equipo de rescate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Equipos electrónicos en áreas clasificadas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Existe acceso/salida adecuada para emergencias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ejecutantes calificados	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Protección respiratoria adecuada al espacio confinado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

 Escalera  Andamio  Disp.Izaje  Otro

**REGISTRO DIARIO DE VALIDACIÓN**

N°	FECHA	SOLICITANTE			PERSONAL DE SYSO/RESPONSABLE DE ÁREA			OBSERVACIONES/ COMENTARIOS
		HORA	NOMBRE	FIRMA	HORA	NOMBRE	FIRMA	
1								
2								
3								
4								
5								