



PARE TOME 5

Código: SA-S-001-01-02
Revisión: 003

| | | | |
|----------|--|--------|--|
| Empresa: | | Área | |
| Tarea: | | Lugar: | |
| | | Fecha: | |

| | Al inicio de la actividad | | Durante la actividad | |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NA | SI | NA |
| PASO 1 : PENSAR | | | | |
| 1.1 ¿Entendió el alcance de trabajo de la actividad a realizar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 ¿Entendió el procedimiento de trabajo difundido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 ¿Obtuvo la autorización y permisos de trabajo correspondientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 ¿Conoce el área de trabajo asociada a las actividades? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 ¿El equipo de trabajo es competente para ejecutar las actividades? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 ¿Se encuentra disponible el equipo de protección personal aplicable para las actividades? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.7 ¿Disponen de los materiales, equipos y herramientas aplicables para las tareas (Operacionales y de HSE) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 ¿Conoce el procedimiento en caso de emergencias en el servicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.9 ¿Cuenta y fue difundido el plan HSE, Plan de respuesta a emergencias, y Matriz ABRA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PASO 2 : OBSERVAR | | | | |
| 2.1 ¿Se ha verificado que se ha controlado, aislado y bloqueado las energías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 ¿Se ha señalado el área correctamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 ¿El área de trabajo se encuentra limpio y ordenado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 ¿Los accesos dentro y fuera del área de trabajo son seguros? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 ¿Los equipos, herramientas y EPP´s han sido inspeccionados y cuentan con las certificaciones necesarias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 ¿Se encuentra cada trabajador en buen estado físico y anímico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 ¿Se usa los guantes correctos identificados por ABRA?. Por ejemplo: guantes resistentes a cortes, de cuero, aislantes, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PASO 3 : CHEQUEAR | | | | |
| 3.1 ¿La interacción con factores externos cercanas al área de trabajo es segura? (Ejemplo: Contratistas, publico, cliente, transito, otros) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 ¿Las condiciones climáticas permiten realizar el trabajo de manera segura? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 ¿Se realizan trabajos con el uso de escalera, usando los tres puntos de apoyo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 ¿Se presta atención al entorno cuando se camina o se encuentra parado sobre superficies irregulares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PASO 4 : IDENTIFICAR, EVALUAR Y CONTROLAR | | | | |
| 4.1. ¿Se ha verificado algún nuevo riesgo (no crítico) que no haya sido evaluado en la evaluación de riesgo inicial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso la respuesta sea SI, completar la evaluación de riesgo en el reverso de esta hoja | | | | |
| 4.2. ¿Se ha evaluado los impactos ambientales de la actividad a realizar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PASO 5 : ASEGURAR SI ES SEGURO CONTINUAR | | | | |
| 5.1 ¿Ha verificado el cumplimiento de las condiciones descritas en los pasos anteriores? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |

Supervisor del trabajo: Nombre DNI Firma:

| N° | ACTIVIDAD | PELIGRO / ASPECTO AMBIENTAL | RIESGO / IMPACTO AMBIENTAL | MEDIDAS DE CONTROL | Evaluación del riesgo / impacto | | |
|----|-----------|-----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------------|---|-----|
| | | | | | P | S | R/I |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| DNI | APELLIDOS Y NOMBRES | EMPRESA | FIRMA | DNI | APELLIDOS Y NOMBRES | EMPRESA | FIRMA |
|-----|---------------------|---------|-------|-----|---------------------|---------|-------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| TABLA DE SEVERIDAD | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|--|------------------------|
| CALIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD | SALUD | SEGURIDAD | SEGURIDAD FISICA | MEDIO AMBIENTE | INDICE DE LA SEVERIDAD |
| Muy Leve (1) | Síntomas de corta duración (enfermedad/condición) que no provoca pérdida de tiempo. Efectos reversibles. | Lesión leve, no peor que los primeros auxilios requeridos - Primeros auxilios Incidente sólo. | Amenaza de violencia, que no implique un arma, no perpetrada por empleados, contratistas o terceras personas relacionadas, que no produzca lesiones. | Daño medioambiental mínimo, a cortoplazo (horas), contenido dentro del área inmediata. | 1 |
| Menor (2) | Enfermedad que requiere tratamiento o atención médica, pero que sigue siendo apta para las tareas normales. Efectos reversibles. | Tratamiento médico básico (no amputaciones ni roturas de huesos), pérdida de tiempo o incidente de jornada restringida - vuelta rápida al trabajo (ausencia más allá del turno en que se produjo). | Actos de violencia, que no impliquen un arma, que no sean perpetrados por empleados, contratistas o terceros relacionados, que no produzca lesiones o que no requieran más que un tratamiento de primeros auxilios. | Daño medioambiental menor, a corto plazo (días), contenido dentro de los límites de la instalación | 2 |
| Moderado (3) | Enfermedad que les incapacita para las tareas habituales (Inhabilitación para el trabajo). Efectos reversibles pero de naturaleza severa. | Rotura de huesos, lesiones musculoesqueléticas, quemaduras importantes (baja laboral importante). | Actos de violencia en los que utilizó un arma y se produjeron lesiones que requirieron tratamiento médico de urgencia u hospitalización durante menos de 24 horas. | Daño medioambiental a corto plazo (semanas), contenido dentro de los límites del lugar. | 3 |
| Mayor (4) | Problemas de salud debilitantes, terminales y/o duraderos. | Lesión mortales o incapacitantes (por ejemplo, amputaciones, pérdida de la vista, etc.). | Actos de violencia en los que utilizó un arma se produjeron lesiones que requirieron hospitalización durante más de 24 horas o que provocaron una muerte | Daño medioambiental graves a medio plazo (meses), y/o tiene un impacto local fuera del sitio | 4 |
| Extremo (5) | Enfermedades terminales que pueden afectar a varias personas. | Víctimas mortales (múltiples). | Actos de violencia en los que utilizó un arma y que tuvieron como resultado una o más víctimas mortales | Daño medioambiental muy graves, de larga duración (años) o permanentes y/o de impacto nacional/internacional | 5 |

| TABLA DE PROBABILIDAD | | |
|---------------------------------|---|---------------------------|
| CALIFICACIÓN DE LA PROBABILIDAD | PROBABILIDAD DE LA FRECUENCIA | INDICE DE LA PROBABILIDAD |
| Casi Seguro (5) | Sucede con demasiada frecuencia. (por ejemplo: diariamente) | 5 |
| Común (4) | Sucede a menudo (es decir: semanalmente / mensualmente) | 4 |
| Probable (3) | Sucede ocasionalmente (por ejemplo: anualmente) | 3 |
| Poco Probable (2) | Pocas veces ocurre No es muy probable que ocurra (es decir: sucedió una vez) | 2 |
| Muy Poco Probable (1) | Extremadamente Improbable (por ejemplo: riesgo conocido, pero que nunca a sucedido) | 1 |

| TABLAS DE EVALUACIÓN DE RIESGO / IMPACTO AMBIENTAL | | | | | | | |
|--|-------------------|-----------|----------|----------|-------|----------|----------|
| | | SEVERIDAD | | | | | |
| | | MUY MENOR | Menor | Moderado | Mayor | Extremo | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| PROBABILIDAD | Casi Seguro | 5 | Medio | Medio | Alto | Muy Alto | Muy Alto |
| | Común | 4 | Medio | Medio | Alto | Alto | Muy Alto |
| | Probable | 3 | Bajo | Medio | Medio | Alto | Alto |
| | Poco Probable | 2 | Bajo | Medio | Medio | Alto | Alto |
| | Muy poco probable | 1 | Muy Bajo | Bajo | Medio | Medio | Alto |