

CONSORCIO SRE	IDENTIFICACION DE RIESGOS OCUPACIONALES POR PUESTO DE TRABAJO	
---------------	---	--

IDENTIFICACION DE RIESGOS OCUPACIONALES POR PUESTO DE TRABAJO

VERSIÓN:	01
FECHA DE REVISIÓN:	20/09/2024
EMPRESA	CONSORCIO SRE
RESPONSABLE DEL PROGRAMA	DR. CRYSTHIAN CORAL JAIMES

ITEM	PUESTO DE TRABAJO	AGENTES OCUPACIONALES																	
		FISICOS										QUIMICOS						BIOLOGICOS	FACTOR DISERGONOMICO
		TEMPERATURA	HUMEDAD	ILUMINACION (OFICINAS)	ILUMINACION (ZONA OPERATIVA)	RUIDO (OFICINAS)	RUIDO (OPERATIVO)	RADIACION UV	VIBRACION (MANO-BRAZO)	VIBRACION (CUERPO ENTERO)	RADIACION IONIZANTE	MONOXIDO DE CARBONO	DIOXIDO DE CARBONO	POLVO	HUMOS	GASES	VAPORES ORGANICOS	VIRUS; BACTERIAS; HONGOS; ETC	OFICINAS
1	GERENTE GENERAL			X															X
2	GERENTE DE PROYECTOS			X															X
3	CONTADOR			X															X
4	ASISTENTES			X															X
5	LOGISTICA			X															X
6	INGENIERO DE PROYECTOS *			X															X
7	JEFE DE PROYECTOS *			X															X
8	SECRETARIA GENERAL			X															X
9	RECURSOS HUMANOS			X															X
10	COORDINADOR DE PROYECTOS			X															X
11	SUPERVISOR DE OBRA			X															X
12	SUPERVISOR SSOMA			X															X
13	OPERADOR MAQUINARIA PESADA	X					X	X		X				X					X
14	TOPOGRAFO	X						X											X
15	CONDUCTOR DE VOLQUETE	X					X	X											X
16	CHOFER DE CAMIONETA	X						X											X
17	AYUDANTES	X					X	X						X					X
18	ALMACENERO	X						X											X
19	OPERARIOS/ALBAÑILES/CARPINTERO	X					X	X						X					X
20	VIGILANTE																		X


 Dr. Crysthian Coral Jaimes
 Médico Ocupacional
 C.R. 12-01-2024

Nota 1: Colocar una "X", según el Agente Identificado en el Puesto de Trabajo.
 Nota 2: Según los Agentes Identificados, se elaboraran Programas Especificaciones y de Capacitación.
 Nota 3: Realizan Trabajo remoto

CONSORCIO SRE	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				Código:		SGSST-FOR-ATS-004		
					Revisión:		01		
	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)				Versión:		03		
					Página:		01 de 02		
					Fecha de aprobación:		18/07/2023		
Nombre del proyecto:									
Cliente:					Fecha:				
Tarea a realizar:					Hora:				
Responsable directo:				Responsable de grupo:					
N°	Personal involucrado - Apellidos y Nombres			Firma	N°	Personal involucrado - Apellidos y Nombres			Firma
1.					6.				
2.					7.				
3.					8.				
4.					9.				
5.					10.				
Etapas de la tarea		Peligro		Riesgos	Valor del riesgo	Medidas Preventivas		Valor del riesgo residual	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
EQUIPO DE ANÁLISIS DE RIESGO				PROBABILIDAD		CONSECUENCIA - SEVERIDAD			
IDENTIFICACIÓN	SUPERVISIÓN	RESPONSABLE DIRECTO	RESPONSABLE SST			Ligeramente Dañino	Dañino	Extremadamente dañino	
FIRMA						Baja	Trivial (4)	Tolerable (5-8)	Moderado (9-16)
NOMBRE Y APELLIDOS						Media	Tolerable (5-8)	Moderado (9-16)	Importante (17-24)
				Alta	Moderado (9-16)	Importante (17-24)	Intolerable (25-36)		

CONSORCIO SRE	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:	SGSST-FOR-ATS-004
		Revisión:	01
		Versión:	03
		Página:	02 de 02
		Fecha de aprobación:	18/07/2023

OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR

- Cumpliré TODAS las directivas que me imparta mi empleador para evitar accidentarme.
- No ejecutaré trabajo alguno:
- * Sin antes haber elaborado el ATS específico del trabajo
- * Si no tengo una orden específica por parte de mi supervisor inmediato.
- * En labores y cargos de categoría superior a lo estipulado en mi contrato.
- * Si no cuento con TODO el EPP requerido.
- * Si no soy competente: Es decir, no tengo experiencia, no he sido instruido y/o entrenado en dicho trabajo.
- * Si este trabajo es de ALTO RIESGO y no tengo los PERMISOS REQUERIDOS.
- Haré uso adecuado en todo momento de mi EPP, no los alteraré o reemplazaré
- En caso de accidente DEBO PARALIZAR MI TRABAJO Y REPORTAR inmediatamente del hecho a mi Supervisor inmediato.
- No retirar y/o eliminar sistemas, dispositivos y/o medidas de protección o Seguridad.
- Cumplir las "Reglas generales de SGSST"
- Cumplir con el Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el trabajo

REGLAS GENERALES DE SGSST

1. No permitir el inicio del trabajo alguno si no se cuenta con la reunión de inicio de jornada y el ATS, con la participación de toda la cuadrilla. En caso de trabajos de "Alto Riesgo" verificar que se cumplan los PERMISO DE TRABAJO.
2. Todo trabajador debe realizar las tareas si ha sido entrenado para dichas labores.
3. Mantener ordenada, señalizada y limpia el área de trabajo. Separar los residuos como corresponde, evite derrames.
4. Definido las zonas de riesgo no está permitido permanecer debajo de los lugares donde pueda haber caída de objetos o recorrido de una carga (herramientas, partes en proceso de armado, etc.)
5. No usar equipos fuera de su criterio de diseño o especificación del fabricante
6. No se empleará andamios y/o equipos que no hayan sido autorizados para su uso.
7. Bloquear y etiquetar líneas con energía (eléctrica, hidráulica, mecánica, etc.) antes de laborar en ellas.
8. No conducir, operar o intervenir equipos móviles sin autorización. No hablar por celular al operar o conducir estos equipos.
9. No retirar o eliminar sistemas, dispositivos y/o medidas de protección o seguridad. Usar de forma segura lo EPPs.
10. Reportar inmediatamente los accidentes e incidentes.
11. No ingresar al área de trabajo bajo influencia de alcohol o droga no autorizados ni introducir dichos productos, inclusive a la obra.
12. Pienso y luego actúo, si observo un acto arriesgado retroalimenta a mi compañero. Le digo que puede salir lastimado sino hace correctamente la tarea.
13. Todo trabajador tiene el derecho a negarse a trabajar si las condiciones para realizar la tarea podrían resultar en lesiones graves.
14. Prepárese física y mentalmente para cada tarea. Cumpla con las disposiciones médicas, cuide su salud.

Requisito para la ejecución de los trabajos y/o actividad según aplique MARQUE LA CASILLA CON UN ASPA (X): Aplica (A) / No aplica (NA)

Permiso de trabajo	A	NA	Procedimiento específico	A	NA	Capacitación específica	A	NA	Monitoreo de gases	A	NA	Monitoreo de ruido	A	NA	MSDS	A	NA
--------------------	---	----	--------------------------	---	----	-------------------------	---	----	--------------------	---	----	--------------------	---	----	------	---	----

Equipos de protección personal

Botas c/punta acero	A	NA	Tapones auditivos	A	NA	Guantes de cuero/badana	A	NA	Lentes mica clara	A	NA	Arnés 2 LV c/shock abs.	A	NA	Uniforme jean	A	NA
Botas dieléctricas	A	NA	Protección auditiva tipo copa	A	NA	Guantes dieléctricos	A	NA	Lentes mica oscura	A	NA	Mandil de cuero	A	NA	Lentes de oxicorte	A	NA
Botas Jebe	A	NA	Respirador c/humo	A	NA	Guantes de neopreno	A	NA	Chaleco reflectivo	A	NA	Mangas de cuero/escarpines	A	NA	Careta de esmerilador	A	NA
Casco de seguridad	A	NA	Respirador c/gases	A	NA	Guantes de jefe	A	NA	Uniforme	A	NA	Guantes de caña larga	A	NA	Traje tyvek	A	NA
Barbiquejo	A	NA	Respirador c/polvo	A	NA	Guantes multiflex	A	NA	Arnés 1 LV	A	NA	Careta de soldador	A	NA	Otros:	A	NA

Equipo de protección colectiva

Barandas rígidas	A	NA	Cinta amarilla de prevención	A	NA	Iluminación	A	NA	Freno vertical	A	NA	Extintor	A	NA	Paletas pare/signa	A	NA
Conos de seguridad	A	NA	Cinta roja de peligro	A	NA	Letreros	A	NA	Bloqueo retráctil	A	NA	Protector c/rudio	A	NA	Cachacos de seguridad	A	NA
Tranqueras	A	NA	Malla naranja	A	NA	Línea de vida	A	NA	Vigías	A	NA	Protector c/polvo	A	NA	Otros:	A	NA

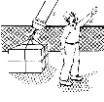
OBSERVACIONES / SUGERENCIAS

1. El ATS deberá incluir el entorno: Líneas energizadas, desniveles de suelo, velocidad del viento, baja iluminación, temperatura, etc.
2. Sólo las personas capacitadas y autorizadas como vigías podrán realizar dicha labor.
3. El Jefe de Grupo/Supervisor directo: No asignará labores de operación de equipos y/o herramientas de poder a personal de categoría inferior a Oficial, que además deberá estar capacitado y entrenado en el uso de ese equipo o herramienta.
4. De incorporarse personal nuevo a la cuadrilla, el jefe de grupo y/o supervisor de la cuadrilla comunicará a este nuevo personal los riesgos asociados a cada tarea y/o actividad, de requerirse mayor espacio, se deberá anexar un formato adicional.

5. NINGUNA LABOR PODRÁ REALIZARSE SIN ATS.

6. El ATS constituye una orden escrita específica, por lo tanto, el incumplimiento del ATS que conlleve lesiones al trabajador, no constituye accidente de trabajo de conformidad con el D.S. 003-98-SA - NORMAS TÉCNICAS DE SEGURO DE COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO, ART.2, INCISO 2.3, LITERAL C

CONSORCIO SRE	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO						Código	SGSST-FOR-PTAR-009
							Versión	1
	PERMISO PARA TRABAJO DE ALTO RIESGO - PTAR						Página	1 de 2
							Fecha de aprobación	18/07/2023
VÁLIDO PARA LA FECHA, HORA, LUGAR Y TRABAJO INDICADO								
SECCIÓN I: DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO								
Lugar:		Fecha :		Lugar específico de la realización del trabajo:				
Descripción del Trabajo:							Hora Inicial:	
Tabajo ejecutado por:	☐ Personal propio ☐ Personal tercero. Indicar el nombre de la empresa:						Hora Final:	
¡ATENCIÓN! Ningún trabajo de riesgo podrá ejecutarse sin cumplir con las recomendaciones de seguridad indicadas el presente documento. El no cumplimiento se considera FALTA GRAVE al Reglamento Interno de SST						¿Todo el personal que realizará el trabajo cuenta con inducción de seguridad? ☐ SI ☐ NO		
SECCIÓN II: MONITOREO DEL AMBIENTE DE TRABAJO (para trabajos en espacios confinados y trabajos con materiales peligrosos)								
¡ALTO! ¿El ambiente de trabajo tiene poca ventilación?, ¿tiene solo una entrada?, ¿hay presencia de sustancias químicas o inflamables? ¿el espacio es reducido?								☐ SI ☐ NO
Gases a monitorear	Ambiente sin riesgos	Uso obligatorio de EPP	1era medición (Hora:)		2da medición (Hora:)		3era medición (Hora:)	
			Arriba	Medio	Abajo	Arriba	Medio	Abajo
Contenido de Oxígeno (O ₂)	19,5% - 23,5%	-						
Monóxido de Carbono (CO)	0 ppm	< 25 ppm						
Sulfuro de Hidrógeno (H ₂ S)	0 ppm	<1 ppm						
Amoniaco (NH ₃)	0 ppm	<25 ppm						
Limite inferior de explosividad (LEL)	0	<10%						
Monitoreo realizado por:			Cargo:			Firma:		
SECCIÓN III: EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)								
Equipos básicos de protección personal	Equipos para trabajos en Altura/ Espacios confinados	Equipos para trabajos en Caliente	Equipos de protección respiratoria		Dispositivos de seguridad adicionales		EPP 's especiales y otros (especificar)	
☐ Casco de seguridad ☐ Zapatos de seguridad ☐ Lentes de seguridad ☐ Guantes de seguridad ☐ Protección auditiva ☐ Uniforme / ropa de trabajo	☐ Arnés ☐ Línea de vida (con absorbedor) ☐ Línea de restricción ☐ Línea de posicionamiento ☐ Bloque retráctil ☐ Trípode de rescate	☐ Máscara para soldar ☐ Visor y portavisor de esmerilar ☐ Lentes para oxicoque ☐ Guantes de soldador ☐ Gorro, mandil y escarpines ☐ Uniforme / ropa de trabajo	☐ Respirador descartable (N95) ☐ Respirador de media cara ☐ Respirador cara completa ☐ Filtros para partículas/humo ☐ Cartuchos para gases ☐ Cartuchos para vapores		☐ Lentes goggles para químicos ☐ Guantes para químicos ☐ Traje para químicos ☐ Traje para polvo ☐ Botas de jete punta de acero ☐ Guantes dieléctricos			
SECCIÓN IV: REQUISITOS DE SEGURIDAD GENERAL (llenado por el responsable de la ejecución)								
1.- ¿Todos los integrantes del trabajo han sido informados para la elaboración del presente permiso de trabajo de riesgo (PTAR)?						☐ SI	☐ NO	☐ N/A
2.- ¿Ha sido instruido el personal en relación con los riesgos que puedan presentarse durante este trabajo?						☐ SI	☐ NO	☐ N/A
3.- ¿El personal cuenta con sus Equipos de Protección Personal para realizar la tarea y estas se encuentran en buenas condiciones? (Ver sección III)						☐ SI	☐ NO	☐ N/A
4.- ¿Se ha delimitado y/o aislado convenientemente la zona de trabajo?						☐ SI	☐ NO	☐ N/A
5.- ¿Se encuentran equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado? Verificar guardas, mangos y otros elementos de protección y manipulación.						☐ SI	☐ NO	☐ N/A
6.- ¿Permiten los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas etc.) que el trabajo se realice con seguridad?						☐ SI	☐ NO	☐ N/A
7.- ¿Permiten las operaciones, equipos y conexiones eléctricas cercanas realizar este trabajo con Seguridad?						☐ SI	☐ NO	☐ N/A
SECCIÓN V: TRABAJOS DE RIESGO (llenado por el responsable de la ejecución). Marcar el recuadro para especificar el tipo de trabajo.								
TRABAJO EN ESPACIO CONFINADO					TRABAJO CON MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS			
	¿Se ha establecido el medio de comunicación desde el espacio confinado hacia el exterior? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿Se ha realizado la evacuación de atmósfera peligrosa y el área se encuentra ventilada? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	¿El área de trabajo se encuentra adecuadamente iluminada? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿El producto cuenta con la identificación del rombo NFPA? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	¿Los trabajadores cuentan y utilizan arnés y línea de vida? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿Los respiradores y filtros son los adecuados para el riesgo expuesto al trabajador? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	¿Se ha designado a un vigía por cada espacio confinado? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿Se requiere de un equipo de Respiración Autónoma o de suministro de aire para realizar su tarea? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	¿El equipo o zona se encuentra libre de gases, presión, productos químicos y/o sustancias calientes? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				El personal que manipulará los productos químicos tienen sus EPP 's correspondientes según lo indica la Hoja de Seguridad? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	Nombre del vigía: _____ Firma: _____				¿Los trabajadores conocen el contenido de las Hojas de Seguridad (MSDS) de los materiales que usan y lo tienen en el lugar de trabajo? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
					¿Los envases son originales y están correctamente identificados y rotulados? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
								
TRABAJO EN ALTURA					TRABAJO EN CALIENTE			
	¿Los peldaños de las escaleras tienen superficie antideslizante? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿Se cuenta con biombos para realizar el trabajo? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	¿Se verificó que el punto de anclaje puede soportar la caída de una persona? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿Se ha retirado y/o protegido el material inflamable a un radio de 20 metros? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	¿Se ha realizado la inspección pre uso de los equipos de protección contra caídas? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿El equipo de trabajo en caliente cuenta con un extintor de PQS? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	¿Se ha limpiado y ordenado el área de montaje de andamios, escaleras? ¿El área está libre de sistemas eléctricos aéreos? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿Los equipos eléctricos cuentan con cables, mangueras y conexiones en buen estado, libres de empalmes? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	En caso de trabajos a más de 4m de altura: ¿los andamios, plataformas y escaleras están aseguradas para evitar su caída? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿Las herramientas portátiles que generan chispas cuentan con guardas? ¿Los discos o piedras son adecuados al equipo? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	¿Se ha realizado la inspección de andamios y plataformas de trabajo? ¿Se verificó su correcta instalación? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿Las herramientas eléctricas y máquina de soldar cuentan con puestas a tierra? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	¿Se verificó que la superficie de trabajo no presente riesgo por desmoronamiento, deslizamiento y/o desnivel? ¿El techo es plano ó tiene una inclinación menor de 15°? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿Se verificó el buen estado las mangueras con abrazaderas, acoples, válvulas anti retorno, manómetros y condición del cilindro y capuchón? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
	¿Se cuenta con personal de ayuda en la base de la escalera? ¿La separación de la base de la escalera del punto apoyo se encuentra en 1/4 del largo total de la escalera? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿La ropa de trabajo no es inflamable y se encuentra limpia y liberada de cualquier producto inflamable? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A			
¿Cada persona que realiza el ascenso/descenso, utiliza arnés y línea de vida? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				¿Es necesario realizar este trabajo en el área descrita, ya que no es posible trasladarlo al taller de mantenimiento u otra zona segura? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A				

CONSORCIO SRE		SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Código									
				SGSST-FOR-PTAR-009									
				Versión									
				1									
PERMISO PARA TRABAJO DE ALTO RIESGO - PTAR		Página											
		2 de 2											
		Fecha de aprobación											
		18/07/2023											
VÁLIDO PARA LA FECHA, HORA, LUGAR Y TRABAJO INDICADO													
TRABAJO DE IZAMIENTO			TRABAJO DE EXCAVACIONES Y ZANJAS										
	¿Se cuenta con equipos, herramientas y accesorios adecuados/normalizados?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A		¿El tránsito de vehículos o maquinarias es a no menos de 2m del borde de la excavación?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A								
	¿La señalización de la zona incluye todo el radio de giro del brazo de la grúa y/o pluma?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A		¿Se han habilitado escaleras y puentes cada cierta distancias de las zanjas?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A								
	¿Se cuenta como mínimo con 2 vientos para dirigir la carga izada?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A		¿Se colocó dispositivos de señalización y barreras para delimitar los trabajos a una distancia de 1m como mínimo?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A								
	¿El operador y el señalero (rigger) cuentan con certificado vigente y/o carta competencia de la empresa?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A		Se ha revisado el plano, ¿Se han tomado medidas en caso de existir instalaciones subterráneas (suministro eléctrico, sanitario)?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A								
	¿El Rigger, está identificado como tal? Cuenta con un chaleco como distintivo?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A		¿El terreno presenta desmoronamiento por agentes externos (agua, presión, vibración, tráfico)?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A								
	¿Se realizó inspección de pre-uso del equipo y accesorios para el izamiento de carga y se ha verificado que estén bien sujetos?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A		¿Cada trabajador ha realizado la inspección pre uso del Sistema Personal contra caída, arnés y líneas de anclaje?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A								
	¿Se verificó la capacidad máxima de carga de la grúa y/o equipo de izamiento? (El plan de izamiento es menor del 75%)	☐ SI ☐ NO ☐ N/A		El material removido ha sido alejado a una distancia igual a la mitad de la prof. (mínimo 1m para excav. manuales y 2m con maquinaria.	☐ SI ☐ NO ☐ N/A								
Nombre del rigger:		Firma	Cuando la profundidad de excavación y/o zanja son mayores a 60cm: Se cuenta con dispositivos para contención. ☐ SI ☐ NO ☐ N/A ¿Se ha realizado la inspección de pre-uso de los equipos para excavación y/o perforación? ☐ SI ☐ NO ☐ N/A										
TRABAJO CON ENERGÍA PELIGROSA			SECCIÓN VI: RESPUESTA ANTE EMERGENCIA										
	¿El personal conoce los puntos de corte y bloqueo del equipo o circuito eléctrico?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A	Se tiene acceso a los siguientes equipos de emergencia: ☐ Botiquín de primeros auxilios ☐ Equipos de comunicación ☐ Extintor ☐ Camilla ☐ Ducha/Lavaojos de emergencia ☐ Manguera contraincendios ☐ Otros (indicar): _____										
	¿Se cuenta con herramientas aislantes para trabajos que impliquen energía eléctrica?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A	¿Se indicó al personal las rutas de evacuación y puntos de reunión en caso de emergencia? ¿El acceso está libre de obstáculos?										
	¿Cada trabajador cuenta con su tarjeta y dispositivo de Bloqueo?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A	¿Se conoce la ubicación de la ducha de emergencia y/o lavaojos más cercano? ¿Está operativo?										
	¿La tarjeta de bloqueo se encuentra legible y asegurada al equipo?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A	¿Se cuenta con un plan de contingencia ante emergencias?										
	¿Se verificó que no existe energía en el lugar de la operación y se realizó la puesta a tierra?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A	☐ SI ☐ NO ☐ N/A										
	¿Se ha informado al personal del área sobre los trabajos a realizar? ¿Corte de fuentes de energía?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A	☐ SI ☐ NO ☐ N/A										
	¿Se realizó el corte, bloqueo, etiquetado visible de las fuentes de energía? (eléctrica, neumática, química, potencial, hidráulica, etc.)	☐ SI ☐ NO ☐ N/A	SECCIÓN VII: SUPERVISIÓN DEL TRABAJO										
En caso de un trabajo aislado: ¿se cuenta con un vigía?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Auditor</th> <th>Nombres y Apellidos</th> <th>VoBo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Supervisor de SI</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Personal designado por SSI</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Auditor	Nombres y Apellidos	VoBo	Supervisor de SI			Personal designado por SSI		
Auditor	Nombres y Apellidos	VoBo											
Supervisor de SI													
Personal designado por SSI													
¿Se cuenta con la autorización del jefe de área para el bloqueo?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A	La supervisión del trabajo se realiza de forma aleatoria. En caso de encontrar observaciones que sean de riesgo inminente (incumplimientos en la sección II, III y V; el trabajo será detenido. El auditor es la persona que revisará y verificará la calidad del PTR. Pueden ser: Gerentes, Residentes de Obra, Capataz, y/o Supervisor de SI.											
¿Se quitó la cadena o faja del mecanismo de transmisión? ¿se bloqueó el mecanismo móvil?	☐ SI ☐ NO ☐ N/A												
SECCIÓN VIII: PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO													
Nombres y Apellidos		DNI	Firma	Nombres y Apellidos									
SECCIÓN IX: AUTORIZACIÓN Y CIERRE DEL TRABAJO													
Autorización para el inicio del trabajo				Fecha:									
Rol	Nombres y Apellidos	Cargo	DNI	Hora	Firma								
Reponsable de la ejecución													
Responsable de Seguridad													
Reponsable del trabajo													
Cierre del premo de trabajo				Fecha:									
Rol	Nombres y Apellidos	Cargo	DNI	Hora	Firma								
Reponsable de la ejecución													
Responsable de Seguridad													
Reponsable del trabajo													

	REGISTRO DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES				Código: CL - SSOMA - RG 04	
					Versión: 01	
					Fecha Aprob:	

DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:																		
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	DOMICILIO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL													
AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO				LÍNEAS DE PRODUCCIÓN Y / O SERVICIOS													
	N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR		N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA														
Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:																		
DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACIÓN, TERCERIZACIÓN, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:																		
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	DOMICILIO	TIPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL													
AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	COMPLETAR SÓLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO				LÍNEAS DE PRODUCCIÓN Y / O SERVICIOS													
	N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR		N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA														
DATOS REFERENTES A LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL																		
TIPO DE AGENTE QUE ORIGINÓ LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL (VER TABLA REFERENCIAL 1)	N° ENFERMEDADES OCUPACIONALES PRESENTADAS EN CADA MES POR TIPO DE AGENTE			NOMBRE DE LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	PARTE DEL CUERPO O SISTEMA DEL TRABAJADOR AFECTADO	N° TRABAJADORES AFECTADOS	ÁREAS	N° DE CAMBIOS DE PUESTOS GENERADOS DE SER EL CASO.										
	AÑO:																	
	E	F	M						A	M	J	J	A	S	O	N	D	
TABLA REFERENCIAL 1: TIPOS DE AGENTES																		
FÍSICOS		QUÍMICOS		BIOLÓGICOS		DISERGONÓMICO		PSICOSOCIALES										
Ruido	F1	Gases	Q1	Virus	B1	Manipulación inadecuada de cargas.	D1	Hostigamiento psicológico.	P1									
Vibración	F2	Vapores	Q2	Bacilos	B2	Diseño de puesto inadecuado.	D2	Estrés laboral.	P2									
Iluminación	F3	Nebulinas	Q3	Bacterias	B3	Posturas inadecuadas.	D3	Turno rotativo.	P3									
Ventilación	F4	Rocío	Q4	Hongos	B4	Trabajos repetitivos.	D4	Falta de comunicación y entretenimiento.	P4									
Presión alta o baja	F5	Polvo	Q5	Parásitos	B5	Otros, indicar.	D5	Autoritarismo.	P5									
Temperatura (Calor o frío)	F6	Humos	Q6	Insectos	B6			Otros, indicar	P6									
Humedad	F7	Líquidos	Q7	Roedores	B7													
Radiación en general	F8	Otros, indicar	Q8	Otros, indicar	B8													
Otros, indicar	F9																	
DETALLE DE LAS CAUSAS QUE GENERAN LAS ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR TIPO DE AGENTE																		
Adjuntar documento en el que consten las causas que generan las enfermedades ocupacionales y adicionalmente indicar un breve descripción de las labores desarrolladas por el trabajador antes de adquirir la enfermedad.																		
COMPLETAR SÓLO EN CASO DE EMPLEO DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS (REF. D.S. 039-93-PCM / D.S. 015-2005-SA)																		
RELACIÓN DE SUSTANCIAS CANCERÍGENAS					SE HAN REALIZADO MONITOREOS DE LOS AGENTES PRESENTES EN EL AMBIENTE (SI / NO)													
MEDIDAS CORRECTIVAS																		
DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS				RESPONSABLE		FECHA DE EJECUCIÓN			Completar en la fecha de ejecución propuesta, el ESTADO de la implementación de la medida correctiva (Realizada, Pendiente, En Ejecución).									
						DÍA	MES	AÑO										
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
RESPONSABLES DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACIÓN																		
Apellidos y Nombre:				Cargo:		Fecha:		Firma:										
Apellidos y Nombre:				Cargo:		Fecha:		Firma:										

ESTADISTICA DE ACCIDENTES LABORALES MENSUAL Y ACUMULADO

CRE-FOR-EST-10
Rev.: 00
Fecha: 07/02/2024

AÑO-MES	DATOS ADMINISTRATIVOS						DATOS DE OPERACIONES									INDICADORES									INCIDENTES			
	DOTACIÓN			HORAS TRABAJADAS			INCIDENTES CON PRIMEROS AUXILIOS			ACCIDENTES OPERATIVOS CON PÉRDIDA DE DÍAS			DÍAS PERDIDOS			T.F.			T.G.			I.A. (T.F. x T.G.)			LUMBALGIAS	IN-ITINERE	NO-OPERATIVOS	ENFERMEDADES OCUPACIONALES
	CORP	CONTRAT	TOTAL	CORP	CONTRAT	TOTAL	CORP	CONTRAT	TOTAL	CORP	CONTRAT	TOTAL	CORP	CONTRAT	TOTAL	CORP	CONTRAT	TOTAL	CORP	CONTRAT	TOTAL	CORP	CONTRAT	TOTAL				
2022																												
ENERO																												
FEBRERO																												
MARZO																												
ABRIL																												
MAYO																												
JUNIO																												
JULIO																												
AGOSTO																												
SEPTIEMBRE																												
OCTUBRE																												
NOVIEMBRE																												
DICIEMBRE																												
ACUMULADO																												

TG= Número de días perdidos X 200000
h/h trabajadas

TF_{OSHA}= Accidentes op. con pérdida de días X 200000
h/h trabajadas

SR CORPORACIÓN SAC

Carlos Martín Sánchez Rico

GERENTE GENERAL

GERENCIA GENERAL

SR INGENIERÍA Y CONSTRUCCIONES S.A.C.

Ing. Angel González Honorio

SUPERVISOR SSOMA

CIP: 113815

SSOMA

INSPECCION Y CONTROL DE EQUIPOS DE EMERGENCIA											SRIC-SSOMA-F-09			
											Fecha: 10/01/2024			
											Rev.: 01			
AREA: SSOMA					FECHA: 10-01-2024									
RESPONSABLE: INGENIERO DE SEGURIDAD														
ITEM	DESCRIPCION	2024												
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1	CAMILLA RIGIDA													
2	COLLARIN													
3	EXTINTOR PORTATIL 6 Kg													
4	EXTINTOR PORTATIL 9 Kg													
5	BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS													
6	KIT ANDIRRAME													
Responsable: SR INGENIERIA Y CONSTRUCCION S.A.C.  Ing. Angel Gonzales Honorio SUPERVISOR SSOMA CIP: 113815														