



## ANEXO N°05 PROGRAMA DE VERIFICACIÓN DE RIESGOS CRÍTICOS.

|        |  |           |  |
|--------|--|-----------|--|
| Revisó |  | Actividad |  |
| Sector |  | Fecha     |  |

**SI DETECTA CONDICIONES SUBESTÁNDARES, CORRÍJALAS ANTES DE RETOMAR EL TRABAJO!!**

| N°                           | CONTROLES A VERIFICAR                                                                                                     | Estado<br>(indique con una X, según corresponda) |           |     |             |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|-----|-------------|
|                              |                                                                                                                           | Cumple                                           | No Cumple | N/A | Observación |
| 1                            | Permiso de trabajo (verificar vigencia)                                                                                   |                                                  |           |     |             |
| 2                            | Personal involucrado se encuentra ingresado en PT                                                                         |                                                  |           |     |             |
| 3                            | Se evidencian capacitaciones y comprensión de la capacitación del personal involucrado requeridas por hoja de ruta del PT |                                                  |           |     |             |
| 4                            | AST es específico para el tipo de tarea                                                                                   |                                                  |           |     |             |
| 5                            | EL AST considera los riesgos críticos y sus controles. El personal está en conocimiento ( <b>entrevistar</b> )            |                                                  |           |     |             |
| 6                            | Se evidencia aplicación Lista de verificación y test de energía cero                                                      |                                                  |           |     |             |
| 7                            | Se evidencia registro control acceso del personal                                                                         |                                                  |           |     |             |
| N°                           | Controles críticos                                                                                                        | Cumple                                           | No Cumple | N/A | Observación |
| 8                            | El personal comprende los riesgos críticos y sus controles ( <b>entrevistar</b> )                                         |                                                  |           |     |             |
| 9                            | Los controles identificados en AST están aplicados en terreno.                                                            |                                                  |           |     |             |
| 10                           | Todo el personal aplicó bloqueo. Verificar                                                                                |                                                  |           |     |             |
| 11                           | Todo el personal cuenta con EPP requerido. Verificar                                                                      |                                                  |           |     |             |
| 12                           | Se aplicó verificación energía cero                                                                                       |                                                  |           |     |             |
|                              |                                                                                                                           |                                                  |           |     |             |
|                              |                                                                                                                           |                                                  |           |     |             |
|                              |                                                                                                                           |                                                  |           |     |             |
|                              |                                                                                                                           |                                                  |           |     |             |
|                              |                                                                                                                           |                                                  |           |     |             |
|                              |                                                                                                                           |                                                  |           |     |             |
| Comentarios / Observaciones: |                                                                                                                           |                                                  |           |     |             |
|                              |                                                                                                                           |                                                  |           |     |             |
|                              |                                                                                                                           |                                                  |           |     |             |

Nombre y Firma Supervisor  
(Verificar aplicación de controles)

Nombre y Firma Prev. de Riesgos  
(Toma conocimiento)