



COMPAÑÍA MINERA DOÑA INÉS DE COLLAHUASI

Versión N° 1

Página 1 - 5

Herramienta 5 - Ciclo de Gestión de Riesgos

Verificación y Autorización para Trabajo Seguro

OT:

INICIO

VÁLIDO HASTA

Fecha:

Hora:

Fecha:

Hora:

Descripción de la actividad por parte del Ejecutor

Área y/o Equipo Solicitada:

Área

Equipo

Gcia/SI/ESED

Revision Sup. Ejecutor (CMDIC/ESED)	Marcar (x)		Revision Sup. que solicita la Actividad (CMDIC/ESED)	Marcar (x)	
Cuenta con:	SI	NO	Cuenta con:	SI	NO
Con la O.T (contrato de trabajo, orden de servicio, libro de obra) y evaluación de riesgos (Matriz). Lista de verificación EPF aplicables.			Evaluación de riesgos (Matriz), procedimientos ESPECÍFICOS. (Es decir están todos los pasos y controles para desarrollar el trabajo).		
Procedimientos e instructivos ESPECÍFICOS. (Es decir están todos los pasos y controles para desarrollar el trabajo). <i>En caso que la actividad tenga una magnitud de riesgo baja, el ART (página 5) es suficiente.</i>			Personal Entrenado y Capacitado para realizar la actividad. (Procedimiento, instructivo ART y competencias especiales).		
Personal Entrenado y Capacitado para realizar la actividad. (Procedimiento, instructivo ART y competencias especiales).			Se cuentan con todos los RECURSOS para la Actividad (Personal, Herramientas, Equipos, EPP, otros).		
Se cuentan con los RECURSOS para la Actividad (Personal, Herramientas, Equipos, EPP, otros).					

Si es NO, la Actividad no debe realizarse. Hasta que se cuenten con todos los Controles

Condiciones Revisadas por el Sup. que EJECUTA la Actividad

Puntos de Bloqueo (Indicar si cuenta con libro de bloqueo, Plan de Bloqueo y verificación de potencial cero)		Requerimientos para espacios confinados (Gases Tóxicos, O2, etc.)	NOTA: Indique con SI, NO o NA los requerimientos. NA: No Aplica
Indicar Tags:		Plan de izaje	
Protección contra Incendio		A.R.T.A.	
Cierre de Fuentes Radiactivas: (Indicar)		EPFs Aplicables (Especificar)	
E.P.P. Especial (Indicar):		Permisos Especiales. (Espacio Confinado, Excavación, Alta y Media Tensión, Trabajos en Caliente, Sustancias Peligrosas, Intervención de Equipos Radiactivos).	
Sectorización del Área: (Indicar Sector)		Indicar cuales:	

Si es NO, la Actividad no debe realizarse. Hasta que se cuenten con todos los Controles

Entrega de Área y/o Equipos

Observaciones Especiales de parte del Dueño de Área (indicar cuáles)

Responsables	Nombre	Empresa	Firma
Supervisor Ejecutor CMDIC / ESED			
Sup. que Solicita la Actividad CMDIC / ESED			
Dueño del Área y/o Equipo CMDIC / ESED			
Devolución de Área y/o Equipos			
Responsables	Nombre	Empresa	Firma
Supervisor Ejecutor CMDIC / ESED			
Dueño del Área y/o Equipo			



COMPAÑÍA MINERA DOÑA INÉS DE COLLAHUASI

Versión N° 1

Página 1 - 5

Herramienta 5 - Ciclo de Gestión de Riesgos

Verificación y Autorización para Trabajo Seguro

OT:

INICIO

VÁLIDO HASTA

Fecha:

Hora:

Fecha:

Hora:

Descripción de la actividad por parte del Ejecutor

Área y/o Equipo Solicitada:

Área
Equipo
Gcia/SI/ESED

Revision Sup. Ejecutor (CMDIC/ESED)	Marcar (x)		Revision Sup. que solicita la Actividad (CMDIC/ESED)	Marcar (x)	
Cuenta con:	SI	NO	Cuenta con:	SI	NO
Con la O.T (contrato de trabajo, orden de servicio, libro de obra) y evaluación de riesgos (Matriz). Lista de verificación EPF aplicables.			Evaluación de riesgos (Matriz), procedimientos ESPECÍFICOS. (Es decir están todos los pasos y controles para desarrollar el trabajo).		
Procedimientos e instructivos ESPECÍFICOS. (Es decir están todos los pasos y controles para desarrollar el trabajo). <i>En caso que la actividad tenga una magnitud de riesgo baja, el ART (página 5) es suficiente.</i>			Personal Entrenado y Capacitado para realizar la actividad. (Procedimiento, instructivo ART y competencias especiales).		
Personal Entrenado y Capacitado para realizar la actividad. (Procedimiento, instructivo ART y competencias especiales).			Se cuentan con todos los RECURSOS para la Actividad (Personal, Herramientas, Equipos, EPP, otros).		
Se cuentan con los RECURSOS para la Actividad (Personal, Herramientas, Equipos, EPP, otros).					

Si es NO, la Actividad no debe realizarse. Hasta que se cuenten con todos los Controles

Condiciones Revisadas por el Sup. que EJECUTA la Actividad

Puntos de Bloqueo (Indicar si cuenta con libro de bloqueo, Plan de Bloqueo y verificación de potencial cero)		Requerimientos para espacios confinados (Gases Tóxicos, O2, etc.)	NOTA: Indique con SI, NO o NA los requerimientos. NA: No Aplica
Indicar Tags:		Plan de izaje	
Protección contra Incendio		A.R.T.A.	
Cierre de Fuentes Radiactivas: (Indicar)		EPFs Aplicables (Especificar)	
E.P.P. Especial (Indicar):		Permisos Especiales. (Espacio Confinado, Excavación, Alta y Media Tensión, Trabajos en Caliente, Sustancias Peligrosas, Intervención de Equipos Radiactivos).	
Sectorización del Área: (Indicar Sector)		Indicar cuales:	

Si es NO, la Actividad no debe realizarse. Hasta que se cuenten con todos los Controles

Entrega de Área y/o Equipos

Observaciones Especiales de parte del Dueño de Área (indicar cuáles)

Responsables	Nombre	Empresa	Firma
Supervisor Ejecutor CMDIC / ESED			
Sup. que Solicita la Actividad CMDIC / ESED			
Dueño del Área y/o Equipo CMDIC / ESED			
Devolución de Área y/o Equipos			
Responsables	Nombre	Empresa	Firma
Supervisor Ejecutor CMDIC / ESED			
Dueño del Área y/o Equipo			



COMPAÑÍA MINERA DOÑA INÉS DE COLLAHUASI

Versión N° 1

Página 1 - 5

Herramienta 5 - Ciclo de Gestión de Riesgos

Verificación y Autorización para Trabajo Seguro

OT:

INICIO

VÁLIDO HASTA

Fecha:

Hora:

Fecha:

Hora:

Descripción de la actividad por parte del Ejecutor

Área y/o Equipo Solicitada:

Área

Equipo

Gcia/SI/ESED

Revision Sup. Ejecutor (CMDIC/ESED)	Marcar (x)	Revision Sup. que solicita la Actividad (CMDIC/ESED)	Marcar (x)
Cuenta con:	SI NO	Cuenta con:	SI NO
Con la O.T (contrato de trabajo, orden de servicio, libro de obra) y evaluación de riesgos (Matriz). Lista de verificación EPF aplicables.		Evaluación de riesgos (Matriz), procedimientos ESPECÍFICOS. (Es decir están todos los pasos y controles para desarrollar el trabajo).	
Procedimientos e instructivos ESPECÍFICOS. (Es decir están todos los pasos y controles para desarrollar el trabajo). <i>En caso que la actividad tenga una magnitud de riesgo baja, el ART (página 5) es suficiente.</i>		Personal Entrenado y Capacitado para realizar la actividad. (Procedimiento, instructivo ART y competencias especiales).	
Personal Entrenado y Capacitado para realizar la actividad. (Procedimiento, instructivo ART y competencias especiales).		Se cuentan con todos los RECURSOS para la Actividad (Personal, Herramientas, Equipos, EPP, otros).	
Se cuentan con los RECURSOS para la Actividad (Personal, Herramientas, Equipos, EPP, otros).			

Si es NO, la Actividad no debe realizarse. Hasta que se cuenten con todos los Controles

Condiciones Revisadas por el Sup. que EJECUTA la Actividad

Puntos de Bloqueo (Indicar si cuenta con libro de bloqueo, Plan de Bloqueo y verificación de potencial cero)		Requerimientos para espacios confinados (Gases Tóxicos, O2, etc.)	NOTA: Indique con SI, NO o NA los requerimientos. NA: No Aplica
Indicar Tags:		Plan de izaje	
Protección contra Incendio		A.R.T.A.	
Cierre de Fuentes Radiactivas: (Indicar)		EPFs Aplicables (Especificar)	
E.P.P. Especial (Indicar):		Permisos Especiales. (Espacio Confinado, Excavación, Alta y Media Tensión, Trabajos en Caliente, Sustancias Peligrosas, Intervención de Equipos Radiactivos).	
Sectorización del Área: (Indicar Sector)		Indicar cuales:	

Si es NO, la Actividad no debe realizarse. Hasta que se cuenten con todos los Controles

Entrega de Área y/o Equipos

Observaciones Especiales de parte del Dueño de Área (indicar cuáles)

Responsables	Nombre	Empresa	Firma
Supervisor Ejecutor CMDIC / ESED			
Sup. que Solicita la Actividad CMDIC / ESED			
Dueño del Área y/o Equipo CMDIC / ESED			
Devolución de Área y/o Equipos			
Responsables	Nombre	Empresa	Firma
Supervisor Ejecutor CMDIC / ESED			
Dueño del Área y/o Equipo			

Verificación y Autorización para Trabajo Seguro

Verificación del Entorno	SI	NO	N/A
1) ¿Existen trabajos contiguos en el área? (Trabajos en la vertical, movimiento de equipos, caída de objetos, proyección de material, etc.).			
2) ¿Existen trabajos que interfieran con otras actividades y/o Empresas? (Se debe considerar coordinación antes de comenzar trabajos)			
3) ¿Existen condiciones climáticas adversas? (Lluvia, Nieve, Viento, Bajas Temperaturas, etc.).			
4) ¿Existen flora, fauna y sitios protegidos que pudiesen verse afectados?			
5) ¿El lugar y naturaleza del trabajo requiere mantener una comunicación continua con personal externo a la ejecución?			
6) ¿Existe dificultad para acceder a vías de escape y/o evacuación?			
7) La naturaleza del trabajo, requiere que se ejecute un cierre perimetral?			
8) ¿Existen condiciones deficientes de orden y aseo, tránsito de personas, movimiento de maquinarias y/o vehículos?			

Respuesta Si tomar acción antes de realizar la tarea.

Plan de Acción Respuesta Si:

Supervisor o Responsable del Trabajo

Nombre	Fecha	Firma

Evaluación del entorno:

Actividad que debe realizar el "Supervisor o Responsable del Trabajo", con el fin de evaluar "en terreno" cuáles son las variables que afecten o puedan verse afectadas al realizar la actividad, sean del entorno inmediato o de factores naturales que puedan afectar la ejecución del trabajo. **Esta revisión debe realizarse todos los días y antes de comenzar la actividad.**



COMPAÑÍA MINERA DOÑA INÉS DE COLLAHUASI

Versión N° 1

Página 4 de 5

Herramienta 5 - Ciclo de Gestión de Riesgos

Si la ejecución de la actividad excede la fecha y hora indicada en hoja N°1, se podrá autorizar la revalidación, siempre y cuando:

1- La actividad continúe con el mismo supervisor ejecutor.

2- La actividad no sea traspasada al turno entrante (día/noche). (Cada supervisor es responsable de verificar su documentación, recursos, controles, competencias del personal, etc.; de manera independiente del análisis realizado por el supervisor del turno saliente).

Revalidación Verificación y Autorización de Trabajo Seguro

		Nombre	Firma
Dueño de Área y/o Equipo Supervisor Ejecutor CMDIC/ESED Supervisor Responsable CMDIC/ESED Válido Hasta			
	Fecha:	Hora:	

Revalidación Verificación y Autorización de Trabajo Seguro

		Nombre	Firma
Dueño de Área y/o Equipo Supervisor Ejecutor CMDIC/ESED Supervisor Responsable CMDIC/ESED Válido Hasta			
	Fecha:	Hora:	

Revalidación Verificación y Autorización de Trabajo Seguro

		Nombre	Firma
Dueño de Área y/o Equipo Supervisor Ejecutor CMDIC/ESED Supervisor Responsable CMDIC/ESED Válido Hasta			
	Fecha:	Hora:	

Revalidación Verificación y Autorización de Trabajo Seguro

		Nombre	Firma
Dueño de Área y/o Equipo Supervisor Ejecutor CMDIC/ESED Supervisor Responsable CMDIC/ESED Válido Hasta			
	Fecha:	Hora:	

Revalidación Verificación y Autorización de Trabajo Seguro

		Nombre	Firma
Dueño de Área y/o Equipo Supervisor Ejecutor CMDIC/ESED Supervisor Responsable CMDIC/ESED Válido Hasta			
	Fecha:	Hora:	

Observaciones generales por parte de la persona que solicitó el área y/o equipo una vez terminado el trabajo por parte del Ejecutor

