

ANÁLISIS DE RIESGOS EN EL TRABAJO

NÚMERO DEL TRABAJO:	NOMBRE DEL TRABAJO:	NOMBRE DE COMPAÑIA SUBCONTRATISTA:
----------------------------	----------------------------	---

ACTIVIDAD O TAREA:

TERMINADO POR (IMPRIMA SU NOMBRE):

MEDIDAS NECESARIAS PARA DESARROLLAR ESTA TAREA <i>(Haga una lista)</i>	RIESOS IDENTIFICADOS POR CADA TAREA	NIVEL DEL RIESGO <i>Poco/ModeradoAlto/Extremo</i>	CONTROL / PROCEDIMIENTO DE DAÑO POR CADA TAREA <i>Controles para ser implimentados (considere la jerarquía de los controles de riesgos)</i>

LISTA DE RIESGOS

<input type="checkbox"/> ¿Puede alguien sufrir golpe mientras desarrolla esta tarea?	<input type="checkbox"/> ¿Puede alguien resbalar o caerse?	<input type="checkbox"/> ¿Puede alguien caer en algo?
<input type="checkbox"/> ¿Puede alguien exponerse en contacto condaño físico?	<input type="checkbox"/> ¿Puede alguien torcerse o hacer un esfuerzo excesivo?	<input type="checkbox"/> ¿Puede alguien hacer daño a algun equipo?
<input type="checkbox"/> ¿Puede alguien exponerse a cualquieras condiciones peligrosas?	<input type="checkbox"/> ¿Puede alguien quedar atrapado en algo?	<input type="checkbox"/> ¿Puede alguien herir a otra persona?
<input type="checkbox"/> ¿Hay equipo pesado en el sitio? ¿Se ha completado la lista de verificación de preuso (B-08)?	<input type="checkbox"/> ¿Precauciones contra el COVID-19, mascarilla y distanciamiento social?	

SAFETY OFFICERS / MANAGERS / SUPERVISORS COMMENTS	FECHA:
	FIRMA DEL EMPLEADO DEL SUBCONTRATISTA:
	LCI SUPERINTENDENT SIGNATURE:
	LCI SUPERINTENDENT NAME (PRINT):
	LCI SIGNATURE DATE:

