



## INTERACCIÓN DE SEGURIDAD

|   |   |
|---|---|
| CAL <input type="checkbox"/> MLJ <input type="checkbox"/> PNSA <input type="checkbox"/> BAQ <input type="checkbox"/>  | Fecha: <input type="text" value="D M A"/>                                 |
| Contratista/Departamento / Área:  |   |
| Tarea:  | Cargo:  |
| Lugar:  |   |
| CATEGORIAS: <input checked="" type="checkbox"/> Comportamientos Seguros <input checked="" type="checkbox"/> Comportamientos a mejorar <input type="checkbox"/> Sin Observar |   |
| <b>Reacciones de las personas</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Uso de EPP adecuado y requerido</b> <input type="checkbox"/>           |
| <input type="checkbox"/> Se coloca o se acomoda el EPP  | <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Brazos           |
| <input type="checkbox"/> Cambia a una posición segura   | <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Manos              |
| <input type="checkbox"/> Reorganiza el trabajo  | <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Tronco             |
| <input type="checkbox"/> Detiene el trabajo   | <input type="checkbox"/> Orejas <input type="checkbox"/> Piernas          |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____   | <input type="checkbox"/> Sist. Respiratorio <input type="checkbox"/> Pies |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____   | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <b>Equipos y Herramientas</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Requerimientos de Orden y Aseo</b> <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Correcto para el trabajo   | <input type="checkbox"/> Conocido <input type="checkbox"/> Aplicado       |
| <input type="checkbox"/> Usado correctamente  | <input type="checkbox"/> Entendido  |
| <input type="checkbox"/> En condición segura  | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____   | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <b>Exposición de las personas a riesgos del área</b> <input type="checkbox"/>   | <b>Procedimientos</b> <input type="checkbox"/>                            |
| <input type="checkbox"/> Golpear o ser golpeado por objetos   | <input type="checkbox"/> Disponible                                       |
| <input type="checkbox"/> Atrapados en, sobre o entre objetos  | <input type="checkbox"/> Adecuado   |
| <input type="checkbox"/> Caída  | <input type="checkbox"/> Conocido   |
| <input type="checkbox"/> Contacto con temperaturas extremas   | <input type="checkbox"/> Aplicado   |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____   | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Contacto con corriente eléctrica   | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos  | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Posiciones incómodas / posturas estáticas  | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |

TS-SS53F1E / V1 /17.10.18

## REPORTE DE INTERACCIÓN

### Actos Seguros Observados

\* Medidas adoptadas para fomentar el Desempeño Continuo en Seguridad

### Actos Inseguros Observados

\* Acciones correctivas inmediatas

\* Acciones para evitar recurrencia

### Observaciones / Oportunidades de mejora sugeridas por el trabajador

Nombre del Observador:

Turno: Día ☐ Noche ☐

Hora:

Observación acompañada: Si ☐ No ☐

Nombre del Acompañante:

TS-SS53F1E / V1 /17.10.18



## INTERACCIÓN DE SEGURIDAD

|   |   |
|---|---|
| CAL <input type="checkbox"/> MLJ <input type="checkbox"/> PNSA <input type="checkbox"/> BAQ <input type="checkbox"/>  | Fecha: <input type="text" value="D M A"/>                                 |
| Contratista/Departamento / Área:  |   |
| Tarea:  | Cargo:  |
| Lugar:  |   |
| CATEGORIAS: <input checked="" type="checkbox"/> Comportamientos Seguros <input checked="" type="checkbox"/> Comportamientos a mejorar <input type="checkbox"/> Sin Observar |   |
| <b>Reacciones de las personas</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Uso de EPP adecuado y requerido</b> <input type="checkbox"/>           |
| <input type="checkbox"/> Se coloca o se acomoda el EPP  | <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Brazos           |
| <input type="checkbox"/> Cambia a una posición segura   | <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Manos              |
| <input type="checkbox"/> Reorganiza el trabajo  | <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Tronco             |
| <input type="checkbox"/> Detiene el trabajo   | <input type="checkbox"/> Orejas <input type="checkbox"/> Piernas          |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____   | <input type="checkbox"/> Sist. Respiratorio <input type="checkbox"/> Pies |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____   | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <b>Equipos y Herramientas</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Requerimientos de Orden y Aseo</b> <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Correcto para el trabajo   | <input type="checkbox"/> Conocido <input type="checkbox"/> Aplicado       |
| <input type="checkbox"/> Usado correctamente  | <input type="checkbox"/> Entendido  |
| <input type="checkbox"/> En condición segura  | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____   | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <b>Exposición de las personas a riesgos del área</b> <input type="checkbox"/>   | <b>Procedimientos</b> <input type="checkbox"/>                            |
| <input type="checkbox"/> Golpear o ser golpeado por objetos   | <input type="checkbox"/> Disponible                                       |
| <input type="checkbox"/> Atrapados en, sobre o entre objetos  | <input type="checkbox"/> Adecuado   |
| <input type="checkbox"/> Caída  | <input type="checkbox"/> Conocido   |
| <input type="checkbox"/> Contacto con temperaturas extremas   | <input type="checkbox"/> Aplicado   |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____   | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Contacto con corriente eléctrica   | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos  | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Posiciones incómodas / posturas estáticas  | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                     |

TS-SS53F1E / V1 /17.10.18

## REPORTE DE INTERACCIÓN

### Actos Seguros Observados

\* Medidas adoptadas para fomentar el Desempeño Continuo en Seguridad

### Actos Inseguros Observados

\* Acciones correctivas inmediatas

\* Acciones para evitar recurrencia

### Observaciones / Oportunidades de mejora sugeridas por el trabajador

Nombre del Observador:

Turno: Día ☐ Noche ☐

Hora:

Observación acompañada: Si ☐ No ☐

Nombre del Acompañante:

TS-SS53F1E / V1 /17.10.18

# INTERACCIÓN DE SEGURIDAD

CAL ☐ MLJ ☐ PNSA ☐ BAQ ☐

Fecha:

Contratista/Departamento / Área:

Tarea:

Cargo:

Lugar:

**CATEGORIAS:** ☒ Comportamientos Seguros ☒ Comportamientos a mejorar ☐ Sin Observar

## Reacciones de las personas ☐

- ☐ Se coloca o se acomoda el EPP
- ☐ Cambia a una posición segura
- ☐ Reorganiza el trabajo
- ☐ Detiene el trabajo
- ☐ Otras: \_\_\_\_\_

## Uso de EPP adecuado y requerido ☐

- ☐ Cabeza ☐ Brazos
- ☐ Ojos ☐ Manos
- ☐ Cara ☐ Tronco
- ☐ Orejas ☐ Piernas
- ☐ Sist. Respiratorio ☐ Pies
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

## Equipos y Herramientas ☐

- ☐ Correcto para el trabajo
- ☐ Usado correctamente
- ☐ En condición segura
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

## Requerimientos de Orden y Aseo ☐

- ☐ Conocido ☐ Aplicado
- ☐ Entendido
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

## Exposición de las personas a riesgos del área ☐

- ☐ Golpear o ser golpeado por objetos ☐ Contacto con corriente eléctrica
- ☐ Atrapados en, sobre o entre objetos ☐ Movimientos repetitivos
- ☐ Caída ☐ Posiciones incómodas / posturas estáticas
- ☐ Contacto con temperaturas extremas
- ☐ Otras: \_\_\_\_\_

## Procedimientos ☐

- ☐ Disponible
- ☐ Adecuado
- ☐ Conocido
- ☐ Aplicado
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

## REPORTE DE INTERACCIÓN

### Actos Seguros Observados

\* Medidas adoptadas para fomentar el Desempeño Continuo en Seguridad

---

---

---

---

---

---

---

### Actos Inseguros Observados

\* Acciones correctivas inmediatas

\* Acciones para evitar recurrencia

---

---

---

---

---

---

---

### Observaciones / Oportunidades de mejora sugeridas por el trabajador

---

---

---

---

---

---

---

Nombre del Observador:

Turno: Día ☐ Noche ☐

Hora:

Observación acompañada: Si ☐ No ☐

Nombre del Acompañante: