



## VERIFICACIÓN CONTROLES "DETONACIÓN SEGURA"

Nombre Operador/a:	
Rut:	
Área/Superintendencia:	
Gerencia:	
Trabajador/a Interno/a - Colaborador/a:	
Empresa:	

Fecha:	
--------	--

**ALCANCE:** Esta cartilla de controles aplica a las instalaciones y actividades de la compañía que involucren "DETONACIÓN SEGURA"

**EVENTO NO DESEADO:** Iniciación no Controlada de Explosivo



Si alguna de las preguntas tiene un "NO" como respuesta,  
NO inicie el trabajo y contacte a su Supervisor.

Código:  
Revisión:



## CONTROL CRÍTICO 1

### Parámetros

N°	CONTROLES CRÍTICOS	SI	NO	NA
1	¿La supervisión de Empresa de Explosivos reportó que su trabajo de carguío, tapado de pozos y amarre se cumple según planificación? (lo debe hacer a lo menos con 5 horas de anticipación).?			
2	¿Jefe/a de turno mina realiza chequeo vía radial, de los encargados de área según Reunión de tronadura?			
3	¿Se realizan los toques de sirena según reglamento de transporte, almacenamiento, uso y manipulación de explosivo?			
4	¿Jefe/a de operaciones mina, confirma a jefe/a de turno mina de las áreas chequeadas y despejadas?			
5	¿Personal de iniciación de tronadura, se encuentra en punto de fuego fuera del cierre de loros?			
6	¿Se solicita silencio radial en la frecuencia mina y queda de uso exclusivo para la tronadura o caso de emergencia?			

Código:  
Revisión: