VERIFICACIÓN CONTROLES

“OPERACIÓN DE EQUIPOS – MOTONIVELADORAS”

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 “MOTONIVELADORAS”

EVENTO NO DESEADO: Pérdida de control de Vehículo

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

CONTROLES CRÍTICOS

N°	CONTROLES CRÍTICOS	SI	NO
1	¿Tuve un descanso adecuado mayor a 6 horas?		
2	¿Me encuentro en condiciones físicas y mentales para operar el equipo?		
3	¿Presento síntomas de covid-19?		
4	¿Se encuentra el acceso al equipo en buen estado (Escaleras y Barandas)?		
5	¿El sistema contra incendio funciona de forma automática y manual?		
6	¿Cuenta con radio de comunicación?		
7	¿Se encuentran los frenos operativos y en buenas condiciones?		
8	¿Se encuentra el cinturón de seguridad en buen estado?		
9	¿Se encuentra el sistema de dirección operativo y en buenas condiciones?		
10	¿Se encuentran las paradas de emergencias operativas?		
11	¿El equipo cuenta con baliza estroboscópica en buen estado?		
12	¿La pértiga se encuentra operativa y en buen estado?		
13	¿Las paredes de los bancos se encuentran libres de bolones colgados?		
14	¿El borde de trabajo se encuentra sin grieta?		