

GUIA RAPIDA VAT

“VERIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRABAJO”



GUÍA RÁPIDA PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRABAJO

CONTENIDO

1. Objetivos.
2. Alcance.
3. Roles.
4. Gestión del Proceso



1. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

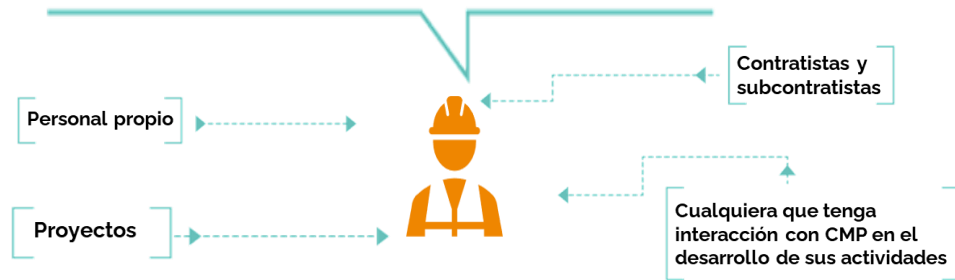


Asegurar la ejecución de actividades que cuenten con una gestión e identificación de riesgo en las personas, procesos y activos mediante la verificación de la actividad, entorno, instalaciones y equipos

2. ALCANCE



El presente procedimiento se aplicará a todas las actividades ejecutadas, en virtud de un contrato u orden de servicio, tanto para personal CMP como Contratistas y en todas las áreas de nuestra compañía.



3. ROLES



3. RESPONSABILIDADES

ROL Solicitante (SI o Jefes de Procesos/Área CMP)	ROL Ejecutor	ROL dueño de área / equipo
Programa la ejecución de los VAT (CMP y EECC).	Responsable de dar cumplimiento a las actividades planificadas (OT/OM)	Conoce instalaciones/ equipo donde se desarrollará la actividad/ la existencia de otras actividades/asegura la existencia de firma solicitante y ejecutante antes de firmar.
Identifica y verifica que actividad cuenten con sus riesgos, controles y recursos necesarios	Implementar todos los controles definidos en la etapa de planificación, para la ejecución de la actividad	Responsable de área y/o instalaciones en las cuales se ejecutará la actividad.
Identificar posibles desviaciones asociadas a las etapas de planificación por medio de VCT, gestionando las oportunidades detectadas	Verifica el cumplimiento de variables relacionadas a la actividad (bloqueos, delimitación de áreas, permisos específicos, EPF aplicables)	Recibe área / Equipo / entorno en condiciones adecuadas (entregadas por el supervisor ejecutante).

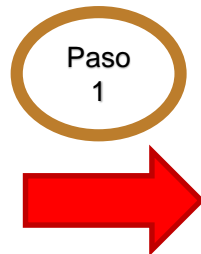


4. GESTIÓN DEL PROCESO



4. GESTIÓN DEL PROCESO. ROL SOLICITANTE

Empresa (CMP o nombre de EECC)				
Fecha Inicio	Hora Inicio	Hora Término	Fecha Término	OM / OT
Proceso		Subproceso		
Nombre Actividad		Código Actividad		
1.				
2.				
3.				
Nombre Tareas		Códigos Tareas		
1.				
2.				
3.				
Descripción (Caja 1-2-3)		SI	No	
Responsable Solicitante de la Actividad (Jefe de Área/Proceso CMP) Marcar con (X) cuenta o NO				
¿Las actividades y tareas que se van a ejecutar están debidamente identificadas en mapas de procesos CMP en GRP digital y cuentan con planificación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Las actividades y tareas que se van a ejecutar tienen su evaluación de riesgos y controles en matrices de riesgos CMP en GRP digital?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Las actividades/tareas tienen EPF asociado? Identifica EPF asociados.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Al personal ejecutor le fue difundido instructivo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estándares de Prevención de Fatalidad que aplican en la Actividad:				
<input type="checkbox"/>	Estándar de Operaciones Portuarias	<input type="checkbox"/>	Estándar de Trabajo en Altura	
<input type="checkbox"/>	Estándar de Control de Emergencias por Incendios	<input type="checkbox"/>	Estándar de Operación de Equipos	
<input type="checkbox"/>	Estándar de Espacios Confinados	<input type="checkbox"/>	Estándar Covid-19	
<input type="checkbox"/>	Estándar de Falla de Terreno y Estructura	<input type="checkbox"/>	Estándar Aislamiento y Bloqueo	
<input type="checkbox"/>	Estándar de Operaciones Ferroviarias	<input type="checkbox"/>	Estándar de Alm. y Manejo Sustancias Peligrosas	
<input type="checkbox"/>	Estándar de Explosivos y Tronadura	<input type="checkbox"/>	Estándar de Conducción Vehículos Livianos y Carreteras	
<input type="checkbox"/>	Estándar de Izaje y Cargas Suspendingas			
Confirmando que se verificaron controles y que la solicitud de la actividad cumple con los requisitos para realizarse.		Nombre: Firma		
Descripción		SI	No	N/A
Responsable Ejecutor de la Actividad (Supervisor CMP/gestor de contrato EECC) Marcar con (X) cuenta o NO				
¿Se realizó RIT a inicio de la jornada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Confirma que personal cuenta con certificaciones y competencias de acuerdo a los requisitos CMP para la ejecución?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Asegura que están implementados todos los controles establecidos en EPF asociado a la actividad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Identificó ud y su equipo otros trabajos que se realizan en el área así como fuentes de energía, línea de fuego y puntos de bloqueo de instalaciones y/o equipos donde realizará la actividad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuenta con materiales y herramientas en estándar y condiciones óptimas para la ejecución?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si marcó algún NO, la actividad no se puede realizar y se deberán corregir las desviaciones, previa autorización		Nombre: Firma		
Descripción		SI	No	N/A
Responsable Dueño de Área de la Actividad (Jefe de Área Supervisor de Operaciones de Turno CMP, Supervisor EECC) Marcar con (X) cuenta o NO				
¿Verificó que se cumplen aplicación de controles según EPF?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Verificó existencia visible y difusión de instructivos para realizar la(s) tarea(s) asociada a la actividad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Verificó coordinación con otras empresas y/o actividades en el área y que la interacción esté controlada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Requiere y cuenta con punto de bloqueos de energías?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En mi rol de dueño de área confirmo que se cumplen todas las condiciones para realizar la actividad.		Nombre: Firma		

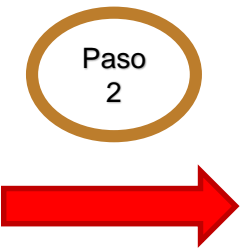


Descripción (Caja 1-2-3)		SI	No
Responsable Solicitante de la Actividad (Jefe de Área/Proceso CMP) Marcar con (X) cuenta o NO			
¿Las actividades y tareas que se van a ejecutar están debidamente identificadas en mapas de procesos CMP en GRP digital y cuentan con planificación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Las actividades y tareas que se van a ejecutar tienen su evaluación de riesgos y controles en matrices de riesgos CMP en GRP digital?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Las actividades/tareas tienen EPF asociado? Identifica EPF asociados.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Al personal ejecutor le fue difundido instructivo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estándares de Prevención de Fatalidad que aplican en la Actividad:			
<input type="checkbox"/>	Estándar de Operaciones Portuarias	<input type="checkbox"/>	Estándar de Trabajo en Altura
<input type="checkbox"/>	Estándar de Control de Emergencias por Incendios	<input type="checkbox"/>	Estándar de Operación de Equipos
<input type="checkbox"/>	Estándar de Espacios Confinados	<input type="checkbox"/>	Estándar Covid-19
<input type="checkbox"/>	Estándar de Falla de Terreno y Estructura	<input type="checkbox"/>	Estándar Aislamiento y Bloqueo
<input type="checkbox"/>	Estándar de Operaciones Ferroviarias	<input type="checkbox"/>	Estándar de Alm. y Manejo Sustancias Peligrosas
<input type="checkbox"/>	Estándar de Explosivos y Tronadura	<input type="checkbox"/>	Estándar de Conducción Vehículos Livianos y Carreteras
<input type="checkbox"/>	Estándar de Izaje y Cargas Suspendingas		
Confirmando que se verificaron controles y que la solicitud de la actividad cumple con los requisitos para realizarse.		Nombre: Firma	

4. GESTIÓN DEL PROCESO. ROL RESPONSABLE EJECUTANTE



VAT - VERIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRABAJO					Empresa (CMP o nombre de EECC)			
Fecha Inicio	Hora Inicio	Hora Término	Fecha Término	OM / OT				
Proceso		Subproceso						
Nombre Actividad			Código Actividad					
Nombre Tareas			Códigos Tareas					
1.								
2.								
3.								
Responsable Solicitante de la Actividad (Jefe de Área/Proceso CMP) Marcar con (X) cuenta o (N)					Descripción (Caja 1-2-3)		SI	No
¿Se realizaron y tareas que se van a ejecutar están en el estándar de referencia de riesgos en mapas de procesos CMP en GRP digital y se tienen sus planificaciones?								
¿Las actividades y tareas que se van a ejecutar tienen su evaluación de riesgos y controles en manuales de riesgos CMP en GRP digital?								
¿Las actividades/tareas tienen EPF asociado? Identifica EPF asociados.								
¿El personal ejecutor fue el fundido instructor?								
Estándares de Prevención de Fatalidad que aplican en la Actividad:								
<input type="checkbox"/>	Estándar de Operaciones Portuarias	<input type="checkbox"/>	Estándar de Trabajo en Altura					
<input type="checkbox"/>	Estándar de Control de Emergencias por Incendios	<input type="checkbox"/>	Estándar de Operación de Equipos					
<input type="checkbox"/>	Estándar de Espacios Confinados	<input type="checkbox"/>	Estándar Covid 19					
<input type="checkbox"/>	Estándar de Falla de Terreno y Estructura	<input type="checkbox"/>	Estándar Aislamiento y Bloqueo					
<input type="checkbox"/>	Estándar de Operaciones Ferroviarias	<input type="checkbox"/>	Estándar de Alm. y Maneg Sustancias Peligrosas					
<input type="checkbox"/>	Estándar de Explosivos y Tronadura	<input type="checkbox"/>	Estándar de Conducción Vehículos Livianos y Carreteras					
<input type="checkbox"/>	Estándar de Izaje y Cargas Suspensas							
Confirme que se verificó en su totalidad que la actividad cumple con los requisitos para:								
								Nombre:
Responsable Ejecutor de la Actividad (Supervisor CMP/gestor de contrato EECC) Marcar con (X) cuenta o (N)								
Descripción					SI	No	N/A	
¿Se realizó RIT a inicio de la jornada?								
¿Confirme que personal cuenta con certificaciones y competencias de acuerdo a los requisitos CMP para la ejecución?								
¿Asegura que están implementados todos los controles establecidos en EPF asociado a la actividad?								
¿Identificó y su equipo otros trabajos que se realizan en el área así como fuentes de energía, líneas de fuego y puntos de bloqueo de instalaciones y/o equipos donde realizará la actividad?								
¿Cuenta con materiales y herramientas en estándar y condiciones óptimas para la ejecución?								
Si marcó algún NO, la actividad no se puede realizar y se deben corregir las desviaciones, previa autorización								
								Nombre Firma
Responsable Dueño de Área de la Actividad (Jefe de Área/Supervisor de Operaciones o Turno CMP, Supervisor EECC) Marcar con (X) cuenta o (N)								
Descripción					SI	No	N/A	
¿Verificó que se cumple aplicación de controles según EPF?								
¿Verificó existencia estable y difusión de instructivos para realizar la(s) tarea(s) asociada a la actividad?								
¿Verificó coordinación con otras empresas y/o actividades en el área y que la interacción está controlada?								
¿Requiere y cuenta con punto de bloqueo de energías?								
En record de dueño de área confiere que se cumplen todas las condiciones para realizar la actividad.								
								Nombre Firma



		Descripción			SI	No	N/A
Responsable Ejecutor de la Actividad (Supervisor CMP/gestor de contrato EECC) Marcar con (X) cuenta o (N)		¿Se realizó RIT a inicio de la jornada?					
		¿Confirma que personal cuenta con certificaciones y competencias de acuerdo a los requisitos CMP para la ejecución?					
		¿Asegura que están implementados todos los controles establecidos en EPF asociado a la actividad?					
		¿Identificó y su equipo otros trabajos que se realizan en el área así como fuentes de energía, línea de fuego y puntos de bloqueo de instalaciones y/o equipos donde realizará la actividad?					
		¿Cuenta con materiales y herramientas en estándar y condiciones óptimas para la ejecución?					
Si marcó algún NO, la actividad no se puede realizar y se deberán corregir las desviaciones, previa autorización del solicitante					Nombre Firma		

4. GESTIÓN DEL PROCESO. ROL DUEÑO DEL ÁREA

CMP **VAT - VERIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRABAJO** Empresa [CMP o nombre de EECC]

Fecha Inicio: _____ Hora Inicio: _____ Hora Término: _____ Fecha Término: _____ OM / OT: _____

Proceso: _____ Subproceso: _____

Nombre Actividad: _____ Código Actividad: _____

Nombre Tareas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ Códigos Tareas: _____

Responsable Solicitante de la Actividad (Jefe de Área/Proceso CMP)
 Marcar con (X) cuenta o (N) _____

Descripción (Caja 1-2-3)

¿Las actividades y tareas que se van a ejecutar están definidas e identificadas en mapas de procesos CMP en GDFigital y cuentan con planificación? SI NO

¿Las actividades y tareas que se van a ejecutar tienen su evaluación de riesgos y controles en matrices de riesgos CMP en GDFigital? SI NO

¿Las actividades/tareas tienen EPP asociados? SI NO

¿El personal ejecutor fue debidamente instruido? SI NO

Estándares de Prevención de Fatalidad que aplican en la Actividad:

Estándar de Operaciones Portátiles Estándar de Trabajo en Altura
 Estándar de Control de Emergencias por Incendios Estándar de Operación de Equipos
 Estándar de Espacios Confinados Estándar Covid 19
 Estándar de Falla de Terreno y Estructura Estándar Aislamiento y Bloqueo
 Estándar de Operaciones Femenilarias Estándar de Alm. y Manejo Sustancias Peligosas
 Estándar de Explosivos y Tronadura Estándar de Conducción Vehículos Ulanos y Carreteras
 Estándar de Izaje y Cargas Suspensas

Confirmando que se verifican controla y que la actividad de la actividad cumple con los requisitos para realizarse. **Nombre Firma** _____

Responsable Ejecutor de la Actividad (Supervisor CMP/gerente de contrato EECC)
 Marcar con (X) cuenta o (N) _____

Descripción

¿Se realizó RPA a inicio de la jornada? SI NO N/A

¿Confirma que personal cuenta con certificaciones y competencias de acuerdo a los requisitos CMP para la ejecución? SI NO N/A

¿Asegura que están implementados todos los controles establecidos en EPS asociado a la actividad? SI NO N/A

¿Identificó y su equipo otros trabajos que se realicen en el área así como fuentes de energía, líneas de fuerza y puntos de bloqueo desinstalados y/o equipos desinstalados la actividad? SI NO N/A

¿Cuenta con materiales y herramientas en estándar y condiciones óptimas para la ejecución? SI NO N/A

Si marca algún NO, la actividad no se puede realizar y se deberán corregir las observaciones, previa autorización. **Nombre Firma** _____

Responsable Dueño de Área de la Actividad (Jefe de Área, Supervisor de Operaciones de Turno CMP, su permiso EECC)
 Marcar con (X) cuenta o (N) _____

Descripción

¿Verificó que se cumplen aplicación de controles según EPF? SI NO N/A

¿Verificó existencia visible y difusión de instructivos para realizar la(s) tarea(s) asociada a la SI NO N/A

¿Verificó coordinación con otras empresas y/o actividades en el área y que la interacción esté SI NO N/A

¿Requiere y cuenta con punto de bloqueos de energías? SI NO N/A

En mi rol de dueño de área confirmo que se cumplen todas las condiciones para realizar la actividad. **Nombre Firma** _____

Paso 3

Responsable Dueño de Área de la Actividad (Jefe de Área, Supervisor de Operaciones de Turno CMP, Supervisor de EECC)
 Marcar con (X) cuenta o (N) _____

Descripción

¿Verificó que se cumplen aplicación de controles según EPF? SI NO N/A

¿Verificó existencia visible y difusión de instructivos para realizar la(s) tarea(s) asociada a la SI NO N/A

¿Verificó coordinación con otras empresas y/o actividades en el área y que la interacción esté SI NO N/A

¿Requiere y cuenta con punto de bloqueos de energías? SI NO N/A

En mi rol de dueño de área confirmo que se cumplen todas las condiciones para realizar la actividad. **Nombre Firma** _____

4. GESTIÓN DEL PROCESO. ROL EJECUTANTE

CMP VAT- VERIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRABAJO (Frecuencia Diaria)				
PREGUNTAS: Respondidas por trabajadores (Caja 4)				
Si marca algún NO, la actividad no se puede realizar, hasta que se implementen los controles			Si	No
¿Está en condiciones físicas y/o emocionales para ejecutar actividad?				
¿Cuenta con competencias y capacitación para realizar la actividad?				
¿Estado de herramientas y/o equipos a utilizar se encuentran en condiciones con inspección y código de color del mes?				
¿Controles definidos en hoja 01 y en RIT son aplicados?				
Verificación de condición del entorno (Caja 5)				
Si responde alguna pregunta con Si, debe escribir el control antes de realizar la tarea según ODI			Si	No
¿El área responde a estándar de orden y aseo? Control: _____				
¿Vías de escape y/o evacuación están debidamente señalizadas? Control: _____				
¿Segregación y bloqueos están realizados de acuerdo a controles? Control: _____				
¿Existen condiciones de riesgo para tránsito de personas, movimiento de maquinarias y/o vehículos? Control: _____				
¿Existen trabajos contiguos, cruzados o actividades que interfieran a otras empresas en el área? (al marca "Si" complete campo trabajos contiguos y cruzados)				
Trabajos Contiguos y/o Cruzados				
Al identificar trabajos contiguos y/o cruzados, debe verificar VAT en conjunto al otro equipo ejecutor para dar a conocer los controles asociados a				
Segregación y señalar área de trabajo <input type="checkbox"/>	No ubicarse en línea de fuego <input type="checkbox"/>	Contacto vía frecuencia radial <input type="checkbox"/>		
Ejecutor Actividad 1	Ejecutor Actividad 2	Ejecutor Actividad 3		
Nombre:				
Firma:				
Empresa:				
Responsable Ejecutor (CMP/EECC) cuando exista condición del entorno que requiera control				
Nombre	Cargo	Firma		
Toma de Conocimiento Ejecutores				
Nombre y Apellido	RUT	Célula	Empresa	Firma
VCT Asociado a la actividad (CMP/EECC)				
Nombre	Cargo	Firma		

Paso 4

Paso 5

Paso 6

CMP VAT- VERIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRABAJO (Frecuencia Diaria)				
PREGUNTAS: Respondidas por trabajadores (Caja 4)				
Si marca algún NO, la actividad no se puede realizar, hasta que se implementen los controles			Si	No
¿Está en condiciones físicas y/o emocionales para ejecutar actividad?				
¿Cuenta con competencias y capacitación para realizar la actividad?				
¿Estado de herramientas y/o equipos a utilizar se encuentran en condiciones con inspección y código de color del mes?				
Verificación de condición del entorno (Caja 5)				
Si responde alguna pregunta con Si, debe escribir el control antes de realizar la tarea según ODI			Si	No
¿El área responde a estándar de orden y aseo? Control: _____				
¿Vías de escape y/o evacuación están debidamente señalizadas? Control: _____				
Trabajos Contiguos y/o Cruzados				
Al identificar trabajos contiguos y/o cruzados, debe verificar VAT en conjunto al otro equipo ejecutor para dar a conocer los controles asociados a				
Segregación y señalar área de trabajo <input type="checkbox"/>	No ubicarse en línea de fuego <input type="checkbox"/>	Contacto vía frecuencia radial <input type="checkbox"/>		
Ejecutor Actividad 1	Ejecutor Actividad 2	Ejecutor Actividad 3		
Nombre:				
Firma:				
Empresa:				
Responsable Ejecutor (CMP/EECC) cuando exista condición del entorno que requiera control				
Nombre	Cargo	Firma		

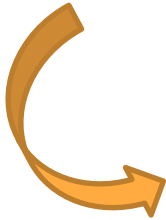
Firma todo el equipo que ejecutara las tareas autorizadas

REGISTRO VCT

(En caso de que se realice VCT a la actividad, se debe dejar registro)

5.1- VERIFICACIÓN VAT Y AUTORIZACIÓN POR EL RESPONSABLE QUE SOLICITA LA ACTIVIDAD (PAGINA N°1 FORMATO VAT) De forma planificada, el responsable solicitante deberá iniciar el desarrollo del documento VAT, asegurando que todas las actividades programadas estén cubiertas por una verificación y autorización de trabajo. En el desarrollo de identificación de datos debe considerar:

- Identificar datos generales como Proceso y subproceso, actividad asociada al VAT, tareas asociados a la actividad y que serán ejecutadas. Se deberá señalar de manera específica el proceso, subproceso y la actividad a realizar, la que para todos los casos debe estar identificada en el mapa de proceso y evaluada en la matriz de riesgos, en el GRP digital. La descripción de la actividad debe coincidir plenamente en con la descripción definida en la OT/OM.
- Todo VAT deberá contar con OT (Orden de Trabajo) y/o OM (Orden de Mantenimiento). La OT/OM que describe la actividad y sus tareas asociadas, debe ser específica y coincidir plenamente con la actividad descrita en VAT. Para el caso en el cual el VAT contemple la ejecución de más de una tarea, se deberá contar con el N° OT/OM de cada una de las tareas detalladas en la etapa de descripción de actividad.
- La vigencia del documento estará definida en los segmentos de "Inicio" y "Valido hasta" descrito en la página N°1 del formulario VAT (máximo 4 días). Esta información debe ser señalada de forma obligatoria por el responsable solicitante.
- Un VAT puede contener en sí mismo una actividad con su familia de tareas, siempre y cuando el EJECUTOR- SOLICITANTE - DUEÑO DE AREA se mantengan (sean los mismos) y la actividad se realice en un mismo contexto.
- El VAT siempre se encontrará acotada a la actividad, área y/o equipo en donde esta será llevada a cabo, el cambio de cualquiera de estas variables, anulará de manera inmediata el VAT, obligando a la confección de un nuevo VAT.
- Verifica que persona ejecutor cuenta con difusión de instructivos
- Verifica que EPF aplican a la actividad señalada en VAT



5.2- VERIFICACIÓN VAT Y AUTORIZACIÓN POR EL RESPONSABLE EJECUTOR. (PAGINA N°1 FORMATO VAT) El responsable ejecutor es quien deberá asegurar la existencia de todos los requisitos solicitados en VAT, los cuales se detallan a continuación:

- Verifica que rol ejecutor haya participado en RIT al inicio de la jornada.
- Instructivo de la tarea asociada a la actividad: Debe asegurar que todas las tareas que serán ejecutadas como parte del VAT, cuenten con instructivo, el cual siempre debe ser analizado y portado por ejecutor.
- Personal entrenado y capacitado: Verifica que todos los participantes, tengan las competencias requeridas para ejecutar las tareas en las cuales participaran.
- Verifica que fuentes de energía y puntos de bloqueo hayan sido identificados, asegurando que se cumpla con los requisitos definidos en estándar de bloqueo.
- Debe asegurar que la actividad sea ejecutada con la dotación requerida y definida en instructivo, que las herramientas utilizadas cuenten con su código de color correspondiente, que personal cuenten con y equipos requeridos, otros.
- Verifica implementación de controles definidos en EPF asociados a la actividad y autoriza la ejecución de ésta, acreditando cumplimiento de los EPF.

5.3- VERIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN POR EL DUEÑO DEL ÁREA (PAGINA N°1 FORMATO VAT) El Dueño del área, previo a la firma del VAT deberá, verificar:

- Existencia de las firmas de aprobación por parte del responsable ejecutor y responsables que solicita la actividad se encuentren realizadas.
- Condiciones revisadas por el responsable ejecutor.
- Posterior a la verificación de las firmas, el dueño del área informará a responsable ejecutor, los riesgos asociados al área en donde se realizará la o las actividades. En caso de existir energías presentes las cuales sean de potestad del dueño del área, será el mismo responsable de declarar estos riesgos, definiendo en conjunto con responsable ejecutor, los controles a aplicar.
- Verifica que ejecutores porten el o los instructivos asociados a las tareas a ejecutar.
- Verifica aplicación de controles definidos para la tarea: Bloqueo, segregación, protocolo de comunicación radial, plan de repuesta ante emergencias, coordinación con otras empresas.
- Informa sobre trabajos que se realizan en el área.
- Verifica que se cumple con la aplicación de controles según EPF

5.4.- VALIDACION DE VERIFICACIÓN DEL CONDICIÓN DEL ENTRONO, CUANDO EXISTA UNA CONDICIÓN DEL ENTORNO QUE REQUIERA CONTROL. (SE DEBE FIRMAR SOLO SI APLICA) PAGINA N °2 FORMATO VAT

Previo al inicio de las actividades y solo cuando exista una condición del entorno que amerite aplicar un control (lo cual es identificado por rol ejecutor en terreno), responsable ejecutor debe firmar documento (hoja2), validando controles establecidos para dar inicio posteriormente a ejecución.

- En caso de presentarse alguna modificación de las condiciones evaluadas inicialmente, se deberá detener la actividad, revalidar la planificación inicial e incorporar los controles adicionales asociados a las nuevas condiciones.
- En el caso de identificar trabajos contiguos, cruzados y/o actividades que interfieran a otras empresas en el área, ejecutores de la tarea deberán firmar hoja 2 del VAT (equivale a que se pone en conocimiento de los riesgos asociados a la actividad ejecutada)
- Esta validación deberá ser registrada y firmada por responsable ejecutor de la actividad en Hoja N°2



5.5 TOMA DE CONOCIMIENTO

Ejecutores de la actividad deben registrarse, señalando datos personales como nombre, rut. Además deberán identificar célula a la cual pertenecen, empresa y finalmente registrar firma. Todos los datos aquí señalados deben estar escritos de puño y letra de cada ejecutor.



UNA EMPRESA DEL GRUPO CAP