

Lista de verificación del plan de tareas previas



Fecha de inicio	
Fecha de finalización	
N.º de trabajadores de la cuadrilla	

Nombre del proyecto: _____ N.º de trabajo: _____

Revisión del supervisor de la cuadrilla: _____

Revisión del superintendente del proyecto de Coffman: _____

Revisión de la seguridad de Coffman (si corresponde): _____

Asegúrese de preguntar lo siguiente durante la evaluación de su trabajo y marque “Sí” o “No” según corresponda a esta tarea:

¿Su trabajo afectará a los edificios existentes o a sus ocupantes?	Sí / No	¿Implica esta tarea un ingreso en un espacio confinado que requiere permiso, y se corroboró el equipo correcto que se necesita y se encuentra este en el lugar?	Sí / No
¿Es necesario aplicar controles para el polvo?	Sí / No	¿Se completó el Formulario de conocimiento de servicios públicos?	Sí / No
¿Requiere esta tarea algún permiso o procedimiento especial?	Sí / No	¿Se realizó un análisis completo de peligros?	Sí / No
¿Se completaron o actualizaron todas las localizaciones?	Sí / No	¿Se encuentra este plan de tareas previas en el área de trabajo?	Sí / No
¿Se utilizan productos químicos tóxicos o peligrosos?	Sí / No	¿Es necesario que participen otros subcontratistas?	Sí / No
¿Se ha revisado la hoja de datos de seguridad de los materiales (material safety data sheets, MSDS)?	Sí / No	¿Se revisó este Plan de tareas previas (PTP) con todos los participantes?	Sí / No
¿Afectarán las condiciones meteorológicas a la realización segura de este trabajo?	Sí / No	¿Se revisaron las protecciones o los apuntalamientos y son estos aptos para su uso?	Sí / No
¿Están etiquetados y en buen estado los aparejos que utiliza?	Sí / No	¿Se identificaron todas las actividades de F5?	Sí / No
¿Requiere esta tarea capacitación especial? ¿Recibieron todos capacitación?	Sí / No		
¿Es el espacio de trabajo adecuado para el tamaño del equipo que se utiliza?	Sí / No		

Inspección previa al trabajo realizada en busca de materiales PELIGROSOS Sí / No

¿En qué área tiene previsto comenzar a trabajar? _____

¿Qué persona de la cuadrilla es competente en tareas de excavación? _____

Marque si alguno de los siguientes puntos se aplica a la tarea que se planea aquí (adjunte información adicional si es necesario):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conocimiento de servicios públicos | <input type="checkbox"/> Equipo de protección personal (PPE) para la audición | <input type="checkbox"/> Medidas de control del polvo/equipos/barreras |
| <input type="checkbox"/> Inspección de equipos | <input type="checkbox"/> Equipo de protección personal (PPE) para manos/brazos | <input type="checkbox"/> Revisión del Plan de tareas previas (PTP) con todos los miembros/las subcategorías de la cuadrilla |
| <input type="checkbox"/> Entrada en espacios confinados | <input type="checkbox"/> Mascarillas respiratorias | <input type="checkbox"/> Equipo de iluminación para tareas |
| <input type="checkbox"/> Kits de emergencia en caso de derrames/herramientas de respuesta | <input type="checkbox"/> Equipo de protección personal (PPE) de cuerpo entero | <input type="checkbox"/> Equipo de protección personal (PPE) de protección contra caídas |
| <input type="checkbox"/> Barricadas/zonas de control/señalización | <input type="checkbox"/> Comunicación de peligros | <input type="checkbox"/> Equipo de protección personal (PPE) para ojos y rostro (incluidas las gafas) |

Las tareas de este Plan de tareas previas (PTP) se han revisado en el área de trabajo en la que se llevarán a cabo y los trabajadores de esta cuadrilla han recibido la capacitación necesaria.

Firma del contratista general: _____

Firma del capataz: _____ Número de teléfono del capataz: _____

Firma del trabajador de la cuadrilla:

1	7
2	8
3	9
4	10
5	11
6	12

SI LAS CONDICIONES DE TRABAJO CAMBIAN, EL TRABAJO **DEBE DETENERSE** Y LA TAREA PREVIA DEBE ACTUALIZARSE EN FUNCIÓN DE LA CONDICIÓN QUE CAMBIARÁ

