

ANEXO N°1

**FOTOGRAFIAS DEL TALLER DE CHAPA Y
PINTURA “EL POLO”**

FOTO N° 1



VIA DE INGRESO AL TALLER

FOTO N° 2



DISPOSICION DE RESIDUOS

FOTO N° 3



EQUIPO DE SOLDADURA CON OXIGENO

FOTO N° 4



EQUIPO DE SOLDADURA CON ARCO

FOTO N°5



LIJADO Y MASILLADO

FOTO N° 6



DEPOSITO DE HERRAMIENTAS

FOTO N° 7



SISTEMA ELECTRICO DEFICIENTE

FOTO N° 8



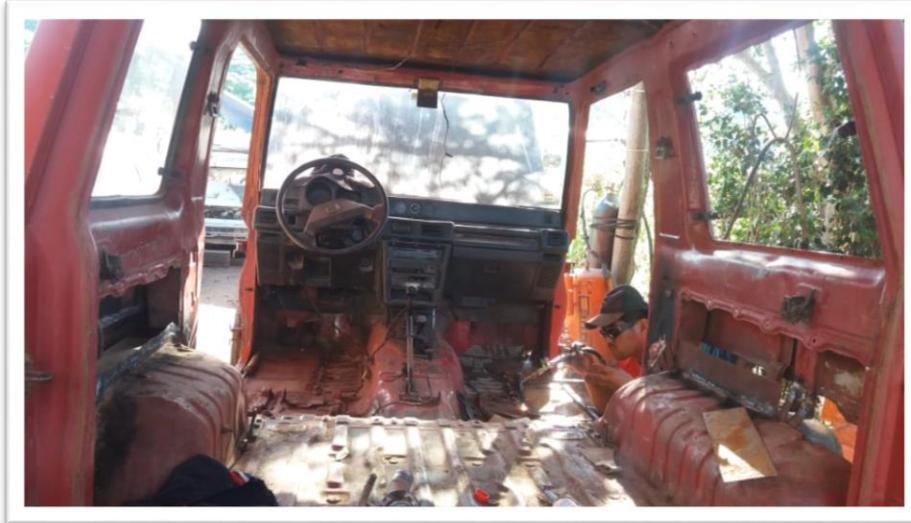
DESMONTAJE DEL VEHICULO

FOTO N° 9



CABLES EN ZONA DE PASO

FOTO N° 10



USO DE EPP DECIFICIENTE

FOTO N° 11



ACCESORIOS DE VEHICULOS OXIDADOS

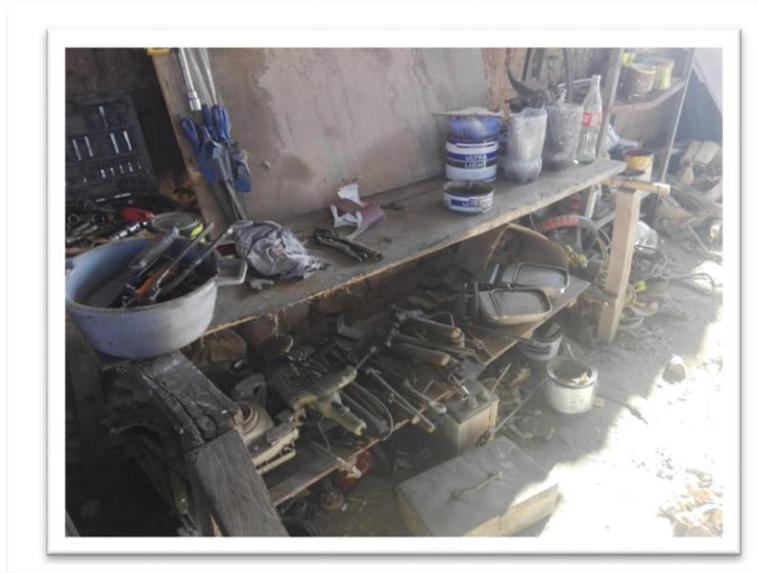
ANEXO N° 2
FOTOS DEL TALLER DE CHAPA Y PINTURA
“CHOCO”

FOTO N° 12



VIA DE INGRESO AL TALLER

FOTO N° 13



DEPOSITO DE MATERIALES

FOTO N° 14



SISTEMA ELECTRICO DEFICIENTE

FOTO N° 15



DEPOSITO DE HERRAMIENTAS

FOTO N° 16



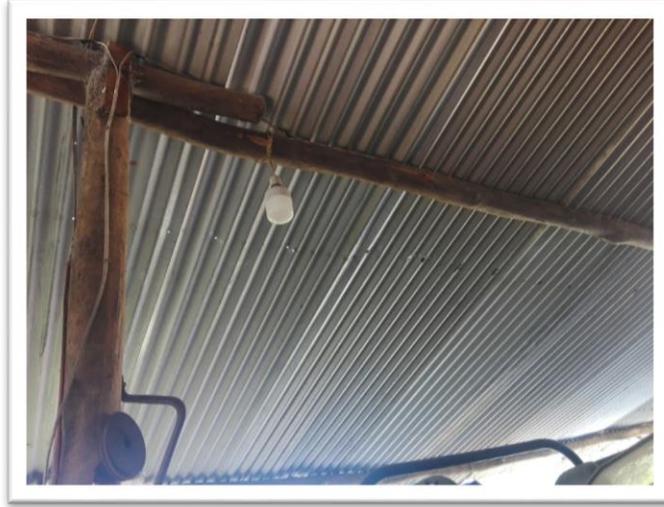
EQUIPO DE SOLDADURA CON OXIGENO

FOTO N° 17



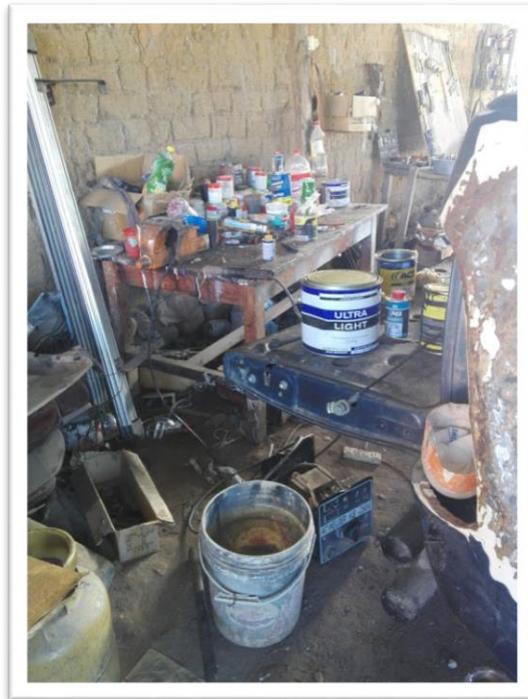
EQUIPO DE SOLDADURA CON ARCO

FOTO N° 18



ILUMINACIÓN

FOTO N° 19



AREA DE PINTURA

FOTO N° 20



TRABAJADORES SIN EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

}

ANEXO N° 3
MODELO DE ENCUESTA

**ENCUESTAS REALIZADAS A LOS DUEÑOS Y TRABAJADORES DE LOS
TALLERES DE CHAPA Y PINTURA**

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS LABORALES

NOMBRE DEL TALLER DE CHAPA Y PINTURA

.....

NOMBRE Y APELLIDO

.....

SEXO.....

EDAD.....FECHA.....

TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO (AÑOS).....

**1. ¿ALGUNA VEZ HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE EN SU FUENTE
LABORAL?**

SÍ NO

2. ¿CUÁL FUE LA CAUSA QUE LO ORIGINO?

.....

3. ¿CUÁLES SON LOS ACCIDENTES MÁS COMUNES QUE OCURRIERON?

CORTES

CAIDAS

QUEMADURAS

APLASTAMIENTO

GOLPES

OTROS

4. ¿CUÉNTA CON UN EXTINTOR?

SÍ NO

5. SABE CÓMO USARLO EN CASO DE EMERGENCIA

SÍ NO

6. ¿CONOCE USTÉD, QUÉ ES UN EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL? (EPP)

SÍ NO

7. ¿UTILIZA EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LAS DIFERENTES ÁREAS DE TRABAJO? EN CASO DE SI, ¿CUÁLES?

SÍ NO

A) ÁREA DE SOLDADURA:

.....

B) ÁREA DE HERRAMIENTAS:

.....

C) ÁREA DE LIJADO Y MASILLADO:

.....

D) ÁREA DE PINTADO:

.....

9. ¿CREÉ USTÉD QUE EN EL TALLER EXISTE LA SEGURIDAD PARA LOS TRABAJADORES?

SÍ NO

10. ¿TIENE USTED ALGÚN SEGURO DE SALUD? EN CASO DE SI, ¿CUÁL?

SI NO

11. ¿DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA, CUÁL ES LA MÁS SUSCEPTIBLE DE A SUFRIR UN ACCIDENTE?

.....
12. ¿SABE USTÉD QUE ES LA LEY SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL?

SI NO

13. ¿CONOCE LAS NORMAS Y REGLAMENTOS DE SEGURIDAD DE NUESTRO PAÍS? ¿CUÁLES?

SÍ NO

.....
14.¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ CAPACITACIÓN O REALIZÓ UN CURSO SOBRE SEGURIDAD EN SU PUESTO LABORAL?

SÍ NO

15. ¿CREÉ USTED QUE ES NECESARIO ADOPTAR MEDIDAS Y/O ESTRATEGIAS PARA MINIMIZAR LOS ACCIDENTES E INCIDENTES? ¿CUÁLES?

SÍ NO

.....
16. ¿DE CUÁNTAS HORAS CONSTA SU JORNADA LABORAL?

.....
17. ¿EL TRABAJO QUE REALIZA, SIENDE QUE AFECTA A SU SALUD? ¿DE QUÉ MANERA?

.....

ANEXO N° 3
FICHA TECNICA

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

1. ORDEN Y LIMPIEZA

SÍ

NO

-ALMACENAMIENTO

-SEÑALIZACION EN LOS PASILLOS

-ORDEN DE LAS HERRAMIENTAS

-RETIRADA DE LOS DESECHOS

-LIMPIEZA DE LOS SUELOS

2. UTILIZACION DE CAJAS

SÍ

NO

- CAJA PORTAHERRAMIENTAS

- CARRITOS MOVILES DE HERRAMIENTAS

3. SISTEMA DE ILUMINACION

NATURAL

ARTIFICIAL

4. BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS

SI

NO

-ALCOHOL

-AGUA OXIGENADA

-GASAS

-VENDAS

- YODO

5. VENTILACION

-SISTEMA DE VENTILACION GENERAL EN TODO EL TALLER

NATURAL

GENERAL

6. FUENTES LAVAOJOS-LAVAMANOS

SI

NO

7. EXTINTORES

EFICIENTE

DEFICIENTE

-SEÑALIZACION VISIBLE DEL EXTINTOR

-FACIL ACCESO PARA USO DE EXTINTOR EN CASO DE EMERGENCIA

-REVISION PERIODICA DEL EXTINTOR

-NUMERO DE EXTINTORES EXISTENTES

UNO

DOS

NINGUNO

8. SEÑALIZACION

SI

NO

-SEÑALES DE USO OBLIGATORIO



-SEÑALES DE PROHIBICION



-SEÑALES DE ADVERTENCIA PELIGRO



-SEÑALES DE AUXILIO



9. ELEMENTOS DE SEGURIDAD

SI

NO

-GAFAS

-LENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-TAPONES AUDITIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-CASCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-TAPABOCAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-GUANTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-BOTAS DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-OVEROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. UTILIZACION DE EPP ESTALBECIDOS

PROTECCION RESPIRATORIA:

SI **NO**

-MASCARILLA PARA PARTICULAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-MASCARILLA PARA SOLDADURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-MASCARILLA CON FILTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROTECCION AUDITIVA:

SI **NO**

-TAPONES DESECHABLES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------

-OREJERAS O AURICULARES

PROTECCION OCULAR: SI NO

-GAFAS DE SEGURIDAD CONTRA IMPACTOS

-GAFAS PANORAMICAS

-PANTALLAS DE SOLDADURA

PRENDAS DE PROTECCION: SI NO

-OVEROL

-CAMISA

-BOTAS

-GUANTES DE LATEX Y NITRILO DESECHABLE

11. RIESGOS ASOCIADOS A LAS MAQUINAS: N° DE ACCIDENTES

- POR APLASTAMIENTO

-POR CORTES

- QUEMADURAS
- POR ENGANCHE
- POR ATRAPAMIENTO
- POR GOLPES
- POR FRICCION
- POR ABRASION

12. MAQUINAS Y HERRAMIENTAS

	EFICIENTE	DEFICIENTE
-USO DE HERRAMIENTAS DE ACUERDO A LAS INTRUCCIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-USO DE HERRAMIENTAS APROPIADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-ESTADO DE CONSERVACION DE HERRAMIENTAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-BLOQUEO DE MAQUINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-DISPOSITIVO DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- DEFICIENTE CALIDAD DE HERRAMIENTAS

13. RIESGO ELECTRICO

SI **NO**

-CABLES DAÑADOS

-USO DE ADAPTADORES

-REVISION PERIODICA DE CABLES

-USO DE PROTECCION GARANTIZADA FRENTE
A CONTACTO ELECTRICO

14. RIESGO TERMICO

N° DE ACCIDENTES

-QUEMADURAS

-INCENDIOS

15. ERGONOMIA

SI **NO**

-SOBRE ESFUERZO

-FATIGA FISICA POR POSTURA FORZADA
Y MANEJO DE CARGAS

16. CAIDAS DESDE MISMO NIVEL

SI

NO

-ZONAS DE PASO DESPEJADAS Y LIMPIAS

-RECIPIENTE PARA DEPOSITO DE COMIDA Y OTROS

-ILUMINACION ADECUADA

-CABLES EN EL MISMO NIVEL DEL SUELO

-RESTOS DE COMIDA ESPARCIDOS EN EL SUELO

-USO DE BOTAS

CUIDADO DE LA PIEL

SI

NO

-INSTALACION DE LAVAMANOS, DUCHAS

-USO DE GUANTES BOTAS SOMBREROS MANDILES

-USO DE PRODUCTO DE LIMPIEZA:

JABON

AGUA

DETERGENTE

GASOLINA

RUIDO

SI

NO

-USO DE TAPONES

-USO DE OREJERAS

LESIONES OCULARES

SI

NO

-USO DE GAFAS DE PROTECCION

-PROYECCION DE PARTICULAS

ANEXO N° 5

LOCALIZACION DEL AREA DE ESTUDIO DE LOS DOS TALLERES DE CHAPA Y PINTURA

LOCALIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO



TALLER DE CHAPA Y PINTURA “EL POLO”



TALLER DE CHAPA Y PINTURA DE “CHOCO”