

# Evaluación SST

## Elementos de protección personal



Empresa:  Trabajador observado:   
 Trabajo a desarrollar:  Área:

Aspectos generales	SÍ	NO	N/A
¿El o los trabajadores, poseen la capacitación y entrenamiento para ejecutar la actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuenta con autorización para realizar el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Planifica su trabajo antes de su inicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Control de uso de elementos de protección personal</b>			
¿Los elementos de protección personal son adecuados al riesgo al cual está expuesto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiparras y/o protector facial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protector ocular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protección para la cabeza (Especificar: _____).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guantes (Especificar: _____).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protección respiratoria (Especificar: _____).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ropa de trabajo (Especificar: _____).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protector auditivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zapatos de seguridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cubre calzado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protección para trabajos en altura (Especificar: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estos elementos de protección personal se encuentran en buen estado y limpios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuenta con capacitación y entrenamiento para utilizar los elementos de protección personal visualizados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REALIZÓ	REVISÓ
Nombre <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>
Cargo <input type="text"/>	Cargo <input type="text"/>
Fecha <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>

