



LISTA DE REVISIÓN DE AUDITORIAS STOP

<input type="checkbox"/> Marque si hay algo inseguro	<input type="checkbox"/> Marque si hay algo inseguro
<input type="checkbox"/> Marque si todo es seguro	<input type="checkbox"/> Marque si todo es seguro
<input type="checkbox"/> REACCIONES DE LA PERSONAS	<input type="checkbox"/> EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL
<input type="checkbox"/> Ajustar el equipo de protección personal <input type="checkbox"/> Cambiar de posición <input type="checkbox"/> Reorganizar el trabajo <input type="checkbox"/> Dejar de hacer el trabajo <input type="checkbox"/> Asociar causas y efectos <input type="checkbox"/> Dejar el sitio de trabajo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Revisión de la cabeza a los pies <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Ojos y cara <input type="checkbox"/> Oídos <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio <input type="checkbox"/> Brazos y manos <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Piernas y pies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> POSICIONES DE LAS PERSONAS	<input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS Y EQUIPOS
Causas de lesión: <input type="checkbox"/> Golpear o ser golpeado por un objeto <input type="checkbox"/> Quedar atrapado dentro, sobre o entre objetos <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Contacto con corriente eléctrica <input type="checkbox"/> Inhalación, absorción o ingestión de sustancias peligrosas <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos <input type="checkbox"/> Posiciones incómodas o posturas estáticas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Son adecuadas para el trabajo <input type="checkbox"/> Son utilizados correctamente <input type="checkbox"/> Están en condiciones seguras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTOS <input type="checkbox"/> Están disponibles <input type="checkbox"/> Son adecuados <input type="checkbox"/> Son conocidos <input type="checkbox"/> Son comprendidos <input type="checkbox"/> Son seguidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTÁNDARES DE ORDEN Y LIMPIEZA Son: <input type="checkbox"/> Conocidos <input type="checkbox"/> Comprendidos <input type="checkbox"/> Seguidos <input type="checkbox"/>
Severidad <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja N° de personas Observadas	

LLENAR ESTE REPORTE DE OBSERVACION

Condiciones

<ul style="list-style-type: none"> Herramientas y equipo Estructuras y áreas de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> Medio ambiente Orden y limpieza
---	--

Actos seguros observados

Acciones iniciadas para promover el desempeño seguro

.....

.....

.....

.....

.....

Actos inseguros observados

Acción correctiva inmediata

Acción para prevenir la repetición

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre _____ Turno _____

Área _____ Fecha _____

Si desea obtener copias adicionales de esta tarjeta de observación de seguridad STOP envíe un mensaje a la siguiente dirección de correo electrónico CEAC@mex.dupont.com

Copyright 2004 E.I. du Pont de Nemours and company; STOP y el logo STOP son marcas registradas de Du Pont

D 12362278

DECIDE ACTÚA

Aceros México
Acero convertido en soluciones
REPORTE DE OBSERVACIONES
 Estatus: _____ Folio: _____

- **ACTOS SEGUROS OBSERVADOS**
- **ACCIONES TOMADAS PARA FOMENTAR UN COMPORTAMIENTO SEGURO CONTINUO**

- Realizar el trabajo de otra forma.....
- Parar el trabajo.....
- Llevar a cabo bloqueos.....

- EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.....**
- Casco.....
 - Protección contra caídas.....
 - Protección visual: anteojos, pantalla facial.....
 - Protección auditiva.....
 - Protección respiratoria.....
 - Guantes.....
 - Ropa/delantal para mezcla de todos.....
 - Protección de seguridad con respecto de otros.....

- **Actos inseguros observados**
- **Acción correctiva inmediata**
- **Acción para prevenir la repetición**

- Golpeado por objetos.....
- Atrapado en/sobre o entre objetos.....
- Golpeado contra objetos.....
- Manos en puntos de atrapamiento.....
- Caídas.....
- Contacto con temperaturas extremas.....
- Contacto con corriente eléctrica.....
- Inhalar/absorber/tragar.....
- Esfuerzo excesivo/levantamiento inadecuado.....
- Posiciones anormales o extrañas/postura estática.....

- HERRAMIENTAS Y EQUIPOS.....**
- Utilizados en forma incorrecta.....
 - En condiciones inseguras.....

- ORDENANCIA DE LOS SUPERVISORES Y/O JEFES.....**
- Procedimiento inadecuado
 - Procedimiento no conocido/no comprendido
 - Procedimiento no se siguió
 - ATS no desarrollado/no revisado
 - ATS no actualizado
 - Normas de orden/limpieza inadecuadas
- Observador: _____
 Fecha: _____ Hora: _____

“En casa nos esperan por eso la seguridad es primero”
 -Programa STOP de la seguridad