

ANEXO 8

	Autoreporte de condiciones de trabajo	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
		FECHA	
Nombre			
Cargo			
OBJETIVO	Estar al tanto de la percepción que tienen las personas que trabajan en C.I. Industrias FH S.A frente a los factores de riesgo que tiene la empresa.		
Sección y puesto de trabajo			
Factor de riesgo			
Fuente de generación			
Grado del riesgo			
Tiempo de exposición horas/día			
N° de trabajadores expuestos en ese puesto de trabajo			
Medidas de control			
Sugerencias y recomendaciones para mejorar éste factor de riesgo			

ANEXO 9

	Cuestionario sobre satisfacción del trabajo			CÓDIGO
				VERSIÓN
				FECHA
Nombre				
Cargo				
OBJETIVO	Suministrar a las personas que trabajan en C.I. Industrias FH S.A. un cuestionario, para que den sus opiniones sobre las condiciones en las que desarrolla su trabajo			
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN			
	MUY SATISFECHO	INSATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
¿Sus funciones y responsabilidades están bien definidas?				
¿Recibe información de cómo desempeñar su trabajo?				
¿Está motivado y le gusta el trabajo que desarrolla?				
¿Esta de acuerdo con las condiciones salariales?				
¿Cómo califica su relación con los compañeros de trabajo?				
¿Es fácil expresar sus opiniones en su grupo de trabajo?				
¿Conoce las tareas que desempeña otra área?				
¿Conoce los riesgos y las medidas de prevención relacionadas con su puesto de trabajo?				
¿Está claro y conoce los protocolos ante una emergencia?				
¿Está satisfecho con la relación que tiene con sus jefes?				
Recomendaciones para la empresa				

ANEXO 11

	Test de Salud Total	CÓDIGO VERSIÓN FECHA	
Nombre			
Cargo			
OBJETIVO	1. Conocer si la salud y la adaptación del trabajador es satisfactoria. 2. Conseguir información sobre la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podría definir un problema de salud mental		
PREGUNTAS	CALIFICACIÓN		
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
¿En los últimos días se encuentra bien de apetito ?			
¿Sufre de ardor en el estómago frecuentes?			
¿Sufre de dolores de cabeza frecuentes?			
¿En los últimos días, le cuesta dormir o duerme peor de lo que solía?			
¿En los últimos días, su memoria le responde satisfactoriamente ?			
¿Normalmente está de buen humor?			
¿En los últimos días, le molesta algún estado de nerviosismo, de irritabilidad o tensión?			
¿Tiende a preocuparse constantemente?			
¿En los últimos días ha presentado sensaciones bruscas de calor?			
¿En los últimos días ha presentado sensaciones de sofoco o ahogo, sin haber realizado esfuerzos físicos?			
¿En los últimos días ha presentado pesadez en la cabeza o taponamiento de la nariz?			
¿En los últimos días ha presentado inquietud como para no poder estar quieto?			
¿En los últimos días ha presentado sensaciones de fatiga?			
¿En los últimos días ha sufrido palpitaciones?			
¿En los últimos días ha presentado sensación de sudores fríos?			
¿En los últimos días ha presentado tembladera en las manos?			
¿Se siente aislado y sólo, aunque esté entre amigos?			
¿En los últimos días ha tenido la sensación de que nada vale la pena?			

ANEXO 13

	Lista de verificación uso diario de EPP	CÓDIGO		
		VERSIÓN		
		FECHA		
Responsable de la verificación				
N/A: No aplica				
Nombre del colaborador	ITEMS	Evaluación		
		SI	NO	N/A
	¿El colaborador utiliza casco de seguridad?			
	¿El colaborador utiliza gorro o cofia?			
	¿El colaborador utiliza gafas de seguridad?			
	¿El colaborador utiliza monogafas de seguridad?			
	¿El colaborador utiliza careta de seguridad?			
	¿El colaborador utiliza mascarilla desechable?			
	¿El colaborador utiliza respirador purificante?			
	¿El colaborador utiliza tapa oídos?			
	¿El colaborador utiliza guantes de plástico desechables?			
	¿El colaborador utiliza guantes de material de aluminio?			
	¿El colaborador utiliza guantes dieléctricos?			
	¿El colaborador utiliza resistentes a productos químicos?			
	¿El colaborador utiliza botas plásticas?			
	¿El colaborador utiliza zapatos con suela antideslizante?			
	¿El colaborador utiliza botas de seguridad dieléctricas?			
	¿El colaborador utiliza ropa de protección (overol)?			

ANEXO 16

	Inspección de botiquin primeros auxilios				CÓDIGO	
					VERSIÓN	
					FECHA	
Nombre de la persona encargada de hacer la inspección						
Cargo de la persona encargada de hacer la inspección						
Ubicación del botiquin						
Objetivos	Llevar un adecuado control de los elementos que debe incluir un botiquin de primeros auxilios aprobados por las normas de la salud					
ELEMENTOS	EXISTE		ESTADO		CANTIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO
	SI	NO	BUENO	MALO		
Sales de hidratación (suero oral)						
Jabón antiséptico						
Agua esteril						
Gasa esteril precortada						
Venda de gasa						
Venda triangular en tela						
Apositos (10x10 en algodón laminado)						
Curas						
Esparadrapo color piel						
Aplicadores de madera con algodón						
Bajalenguas en madera						
Guantes desechables par						
Linterna pequeña con pilas						
Parche ocular (paquete por 2 unidades)						
Tijera punta roma						
Tapabocas						
Copitos de algodón						
Algodón paquete						

ANEXO 18

	Formato sugerencias, quejas y reclamos				CÓDIGO	
					VERSIÓN	
					FECHA	
Nombre		Teléfono				
Cargo		Celular				
Cédula		Correo				
Dirección		ARL				
MOTIVO DE LA SUGERENCIA, QUEJA O RECLAMO (Maque con una X)						
Calidad del producto	Soporte técnico	Atención al personal	Instalaciones	Equipo	Materiales	Otro
Relato claro de los hechos						
Comentarios y/o Recomendaciones						

ANEXO 20

		Normas básicas de Seguridad y Salud Ocupacional		CÓDIGO
				VERSIÓN
				FECHA
1	No realizar reparaciones o mantenimientos a las máquinas cuando estén funcionando			
2	Asegurarse de recibir el entrenamiento necesario para operar la máquina			
3	Cerciorarse de que las herramientas de trabajo estén en buen estado			
4	Informar al coordinador cuando observe una máquina o herramienta en mal estado			
5	Mantener limpio y en buen estado el lugar de trabajo y demás recursos			
6	Dejar el puesto de trabajo organizado al terminar la jornada laboral			
7	No ingerir bebidas alcohólicas o sustancias alucinógenas dentro de la empresa, ni labore bajo efecto de éstas			
8	No usar audífonos, radios o cualquier elemento que perjudique la concentración			
9	No realizar trabajos para los que no esté autorizado ni entrenado			
10	Hacer un buen uso de la mecánica postural			
11	Identificar el sistema de notificación de emergencias y actuar según la señal			
12	Apagar y asegurar la máquina antes de abandonar el puesto de trabajo			
13	No fumar dentro de la planta, ni portar fósforos o encendedores			
14	Notificar si percibe alguna anomalía que ponga en riesgo a las personas			
15	Identificar y reportar los incidentes, las condiciones de riesgo y los actos inseguros			
16	Participar en la investigación de accidentes de trabajo			
17	Conocer y aplicar los estándares de seguridad de su área u oficio			
18	Conocer las conductas nocivas a la seguridad para evitarlas			
19	Cumplir la política de salud integral			
20	Portar siempre dentro de las instalaciones de la empresa los EPP			
21	No utilizar celulares u otros elementos distractores con ponga en riesgo la seguridad del trabajador mientras se esté manipulando una máquina			
22	Reportar cualquier acto inseguro cometido por cualquier compañero			
23	Entregar las incapacidades al Vigía de S&SO para que este las entregue a la encargada de Recursos Humanos y la anexe a la historia medica ocupacional			
24	Participar en los planes de mejoramiento que realice la compañía para elaborar el sistema			
25	Participar en las capacitaciones, jornadas de entrenamiento y actividades propuestas para aumentar la calidad de vida propuestas por los directivos			

ANEXO 21

	Formato de revisión y seguimiento de procedimientos	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
		FECHA	
Nombre del procedimiento			
Código del procedimiento			
OBJETIVO			
ALCANCE			
OBSERVACIONES			
SUGERENCIAS			
Firma encargado de diligenciar el procedimiento			

ANEXO 22

	Lista de verificación de condiciones seguras de trabajo	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
		FECHA	
Nombre del trabajador			
Puesto de trabajo			
Nombre del auditor			
ITEMS DE EVALUACIÓN		SI	NO
¿El trabajador está en las condiciones óptimas para desempeñar su labor?			
¿La estructura del lugar de trabajo es sólida y apropiada para su uso?			
¿El trabajador usa sus elementos de protección personal?			
¿Las zonas peligrosas están bien señalizadas?			
¿Las máquinas están en buenas condiciones de operar?			
¿Las aberturas del suelo y pasos elevados están protegidos?			
¿El pavimento está fijo, regular y no resbaladizo?			
¿Las condiciones de orden y limpieza son las correctas?			
¿Las características de los suelos, techos y paredes permiten su limpieza y mantenimiento periódico?			
¿Las operaciones de limpieza no suponen un riesgo para los trabajadores que las efectúan ni para terceros?			
¿La limpieza es frecuente y fuera de las horas de trabajo, con tiempo para ventilar?			
¿Las ventanas, tabiques, puertas y portones están claramente señalizadas?			
¿Las ventanas, tabiques, puertas y portones están hechas de materiales seguros?			
¿Las salidas y vías de circulación y evacuación tienen una anchura mínima de puertas exteriores 0,80 m?			
¿Las puertas de acceso a escaleras abren sobre descansos?			
¿Las puertas de emergencia abren hacia el exterior, de forma fácil?			
¿Las puertas de emergencia y de acceso a los puestos de trabajo no están cerradas con llave durante el horario laboral?			
¿Las zonas con riesgos especiales de explosión, incendio, intoxicación, disponen de dos salidas?			
¿Las vías y salidas libres de obstáculos?			
¿Las vías y salidas desembocan directamente al exterior o a zona de seguridad?			
¿Existen salidas de emergencia y están señalizadas, así como su recorrido?			
¿Las vías y salidas de evacuación equipadas con iluminación de seguridad de suficiente intensidad, autonomía de 1hora y suministro independiente?			
¿Las vías de circulación para vehículos están a una distancia segura de puertas, portones y zonas de paso de peatones, pasillos y escaleras?			
¿Las vías para el paso simultáneo y seguro de vehículos y peatones tienen la anchura necesaria?			
¿Las zonas de paso junto a instalaciones peligrosas están protegidas?			
¿El personal que labora en la empresa tiene fácil acceso a extintores?			
¿El personal que labora en la empresa sigue los instructivos para manipulación de sustancias químicas?			

ANEXO 23

	<p align="center">Lista de verificación de condiciones de los equipos de control de incendios</p>	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
		FECHA	
Nombre del trabajador			
Puesto de trabajo			
Nomvre del auditor			
ITEMS DE EVALUACIÓN		SI	NO
¿El extintor se encuentra a una altura visible y accesible?			
¿El extintor se encuentra cerca de los puntos de evacuación?			
¿La ubicación del extintor está correctamente señalizada?			
¿Las zonas peligrosas están bien señalizadas?			
¿Se le realiza a los extintores de la empresa un mantenimiento periódico, para verificar su correcto funcionamiento en caso de necesidad?			
¿Se comprueba periodicamente la carga del extintor?			
¿Se comprueba el buen funcionamiento de los elementos mecánicos como las válvulas, la palanca y la manguera?			
¿Se encunetra libre de obstáculos el extintor?			
¿Las características de los suelos, techos y paredes permiten su limpieza y mantenimiento periódico?			
¿La lectura de presion esta sobre el rango operable?			
¿las placas de instrucción de uso estan en buenas condiciones y de facil identificacion?			

ANEXO 24

			Orden de mantenimiento para extintores				CÓDIGO												
							VERSIÓN												
							FECHA												
Responsable de la orden de mantenimiento																			
Número de orden																			
N° de extintor	Tipo de extintor	Clase de agente extintor	Capacidad	Fecha de recargada		Condiciones del extintor													
				Actual	Próxima	Presión		Manguera		Pintura		Manija							
						Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala						
Acciones a seguir																			

ANEXO 25

	Lista de verificación de seguimiento a simulacros	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
		FECHA	
N° de simulacro			
Responsable de la verificación			
ITEMS DE EVALUACIÓN	SI	NO	
¿Fueron claramente definidas las hipótesis y todos los parámetros del simulacro, de acuerdo con los elementos que se querían probar y ensayar?			
¿Se tuvo en cuenta el guión general y los componentes del escenario?			
¿Se revisó conjuntamente la metodología y los procedimientos del simulacro?			
¿Los equipos de filmación y fotografía coordinaron a tiempo?			
¿Se dio la voz de alerta (se realizaron maniobras de resguardo)?			
¿Se dio voz de alarma?			
¿La alerta y alarma se escucharon y fueron reconocidas en todas las áreas?			
¿Todos los empleados y visitantes acataron la señal de alerta y alarma?			
¿Se tuvo una adecuada Señalización de las rutas de evacuación?			
¿Las Rutas de evacuación fueron suficientes para la evacuación de todos los participantes del simulacro?			
¿Se realizó la evacuación en orden y sin poner en peligro a los participantes?			
¿Se identificaron a los líderes y coordinadores de evacuación			
¿Los líderes o coordinadores de evacuación ejecutaron con claridad sus funciones?			
¿Los líderes o coordinadores de evacuación verificaron y validaron que el personal a su cargo evacuó su área?			
¿Se contó con participación total de las áreas y partes interesadas para la realización del ejercicio?			
¿Se estableció el puesto de comando?			
¿Se distribuyeron funciones en el puesto de comando?			
¿Hicieron plan de acción para la atención del incidente?			
¿El Coordinador y/o Jefe de emergencias llevó bitácora?			
¿Se establecieron las áreas operativas?			
¿Se elaboró esquema en el tablero y/o se contó con el mapa de la zona?			
¿Se llevó a cabo una buena organización en los puntos de encuentro?			
¿Al desplazarse hacia el punto de encuentro, se tomaron todas las medidas de seguridad para los participantes que evacuaron ?			
¿Se comprobó en el sitio de encuentro el número de empleados y visitantes que evacuaron?			
¿Los Coordinadores o líderes de evacuación reportaron novedades?			
¿El personal evacuado permaneció en el punto de encuentro hasta recibir la orden de reingreso?			
¿Se verificó permanentemente la seguridad en el punto de encuentro?			
¿Al reingresar después de la evacuación, se tomaron todas las medidas de seguridad ?			
¿Se controló el ingreso y/o reingreso de personas a la empresa durante la Evacuación?			
¿Se evitó el ingreso y salida de vehículos distintos a los de apoyo externo?			
¿Se evitó la salida de equipos sin autorización?			
¿Se tuvo orientación a los grupos de ayuda externa?			
¿Se ordenó el retiro de vehículos estacionados en frente de la Empresa?			
¿Luego de la Evacuación se ubicó en un lugar estratégico y seguro?			
Observaciones			

ANEXO 26

	Formato reporte no conformidades del S&SO			CÓDIGO	
				VERSIÓN	
				FECHA	
Nombre de quien reporta					
Cargo de quien reporta					
Función/Área o proceso					
Descripción de la no conformidad					
Análisis de la causa raíz (¿Cómo / Porqué paso?)					
Plan de acción para eliminar la causa raíz					
Actividad	Responsable	Fecha Máx	Fecha real	Observaciones	
Verificación de eficacia de acción				Estandarización	
Responsable					
Fecha de verificación					
¿Fue eficaz?		SI	NO		
Firma de quien reporta/auditor			Firma del auditado		

ANEXO 27

	Formato acciones correctivas y de mejora			CÓDIGO	
				VERSIÓN	
				FECHA	
Nombre					
Cargo					
Proceso					
Aspectos a mejorar					
Identificación de causas					
Fuente de información	Análisis de indicadores	Auditoria interna	Quejas, reclamos y sugerencias		
	Auditoria externa	Producto no conforme	Otro		
Acciones correctivas y de mejora					
Actividades	Responsable de la actividad	Fecha de ejecución	Responsable del seguimiento		
Revisión					
¿Las actividades tomadas fueron eficaces?	SI	Justificación			
	NO				

ANEXO 28

	Formato de acciones preventivas y de mejora		CÓDIGO	
			VERSIÓN	
			FECHA	
Proceso impactado				
Descripción de la no conformidad o propuesta de mejora				
Tratamiento o corrección				
Posibles causas (5M´ s)			Causa Raíz	
Mano de obra				
Máquinas				
Métodos				
Materia prima				
Medio Ambiente				
Plan de acción				
Acción	Responsable de la implementación	Fecha de ejecución		Responsable de la verificación
		Programada		
		Real		
		Programada		
		Real		
		Programada		
		Real		
Observaciones				

ANEXO 29

		Análisis de resultados de revisión por la dirección				CÓDIGO	
						VERSIÓN	
						FECHA	
Entrada							
Hora							
Lugar							
Participantes							
Entradas	Revisión		Resultados (Decisiones / acciones propuestas)	Responsable	Recurso	Observaciones	
	SI	NO					
Análisis de resultados							
Firma del responsable de la aprobación							

ANEXO 30

	Formato préstamo de documento		CÓDIGO	
			VERSIÓN	
			FECHA	
N° de préstamo				
Fecha de consulta o préstamo del documento				
N° de solicitud	Documento solicitado	Código del documento	N° de fotocopias del documento	
Diligencia del préstamo	Motivo de consulta		Funcionario que atendió el servicio	
	Nombre de quien solicita			
	Cargo de quien solicita		Fecha de préstamo	
	Correo de quien solicita		Hora del préstamo	
	Teléfono de quien solicita		Fecha programada de devolución	
	Cédula de quien solicita			
Diligencia de devolución	Nombre de quien devuelve el documento		Nombre de quien recibe el documento	
	Fecha de entrega del documento		Firma de quien recibe el documento	

ANEXO 32

		Formato cambio a la documentación		CÓDIGO	
				VERSIÓN	
				FECHA	
Nombre del solicitante					
N° de préstamo Anterior				N° de préstamo Nuevo	
Fecha cambio del documento					
N° de solicitud	Nombre del documento solicitado	Código del documento Nuevo	N° de fotocopias del documento		
Diligencia del préstamo	Motivo de consulta		Funcionario que atendió el servicio		
	Nombre de quien solicita				
	Cargo de quien solicita		Fecha de préstamo		
	Correo de quien solicita		Hora del préstamo		
	Teléfono de quien solicita		Fecha programada de devolución		
	Cédula de quien solicita				
Diligencia de devolución	Nombre de quien devuelve el documento		Nombre de quien recibe el documento		
	Fecha de entrega del documento		Firma de quien recibe el documento		
Aprobado		No Aprobado		Motivo de Rechazo	