

INICIO DE TRABAJOS

I0000PRLNR0302-01

Hoja ___ de ___

DATOS BÁSICOS DE LOS TRABAJOS A DESARROLLAR POR LA EMPRESA CONTRATISTA:

Descripción breve:

Centro o lugar de trabajo: Contratada por:

Relación de los trabajadores que intervienen en los trabajos (Nombre y apellidos) (si no cabe, continuar en el reverso):

1	2
3	4
5	6
7	8

Subcontratistas autorizados por IBERDROLA, (si no cabe, continuar en el reverso):

Nombre Dirección:

Nombre Dirección:

Nombre Dirección:

Nombre Dirección:

DATOS BÁSICOS DE LA EMPRESA CONTRATISTA:

Nombre:

CIF:

Domicilio Social: Tel: Fecha de inicio aprox:

Entidad aseguradora del Seguro de Accidentes (Incapacidad Temporal):

Entidad aseguradora del Seguro de Accidentes (Incapacidad Permanente y Muerte) :

Servicio médico en caso de accidentes (1):

Tel:

Centro médico asistencial más próximo (1):

Tel. de ambulancia (1):

Modalidad de organización de la prevención: El propio empresario: Trabajadores designados: Servicio Prevención Propio: Servicio Prevención Ajeno: Especificar cuál:

Representante de la Empresa para los trabajos:

Tel. de contacto:

Encargado de Seguridad para los trabajos (1):

Tel. de contacto:

DECLARACIÓN DE APTITUD MÉDICA DE LA EMPRESA CONTRATISTA:

En cumplimiento de la legislación vigente en materia de vigilancia de la salud (*art. 22 de la Ley 31/1995*), el Representante de la empresa contratista: D _____ declara que los trabajadores que intervienen en los trabajos descritos son médicamente aptos para desempeñar los mismos. IBERDROLA se reserva el derecho de solicitar a la empresa contratista los certificados de aptitud médica de cualquiera de dichos trabajadores.

Fdo: _____ En _____ a _____ de _____ de _____

(1) Estos datos deben ser conocidos por los trabajadores presentes.

POSIBLES RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO

1	Caídas de personas a distinto nivel	14	Exposición a temperaturas ambientales extremas
2	Caídas de personas al mismo nivel	15	Contactos térmicos
3	Caídas de objetos por desplome o derrumbamiento	16	Contactos eléctricos
4	Caídas de objetos en manipulación	17	Exposición o inhalación de agentes nocivos (químicos, biológicos, etc)
5	Caídas por objetos desprendidos	18	Contactos con sustancias agresivas (caústicas, corrosivas, etc.)
6	Pisadas sobre objetos	19	Exposición a radiaciones
7	Choques contra objetos inmóviles	20	Exposición a deflagraciones o explosiones
8	Choques contra objetos móviles	21	Exposición a incendios
9	Golpes o cortes con objetos o herramientas	22	Accidentes causados por seres vivos (mordeduras, picaduras, etc)
10	Proyección de fragmentos o partículas	23	Atropellos o golpes por vehículos
11	Atrapamiento por o entre objetos	24	Accidentes de circulación
12	Atrapamiento por vuelco de maquinaria, vehículos, etc.	25	OTROS: ESPECIFICAR
13	Sobreesfuerzo visual o postural		

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y SITUACIONES DE EMERGENCIA

I0000PRLNR0302-03

Hoja ___ de ___

DATOS BÁSICOS DE LA EMPRESA NOTIFICANTE:

Nombre:

Contratada por:

Descripción breve de los trabajos contratados:

DATOS BÁSICOS DEL INCIDENTE/ SITUACIÓN DE EMERGENCIA:

Fecha:

Día de la semana:

Hora aprox. del día:

Lugar: Centro de trabajo:

Área o zona o dependencia del mismo:

Equipo o sistema:

Trabajo que se realizaba en el lugar:

Descripción del incidente/ situación de emergencia:

Descripción de daños materiales:

POSIBLES CAUSAS DEL INCIDENTE/ SITUACIÓN DE EMERGENCIA:

Agente causante:

FACTORES TÉCNICOS asociados a los equipos:

asociados al entorno o condiciones ambientales:

FACTORES HUMANOS asociados al comportamiento individual:

asociados a terceras personas u organización del trabajo:

MEDIDAS posibles para evitar su repetición:

En: a: de: de:

El Representante de la empresa notificante:

Fdo:

Recibí, Representante de Iberdrola/ Coordinador de seguridad y salud:

Fdo:

DATOS BÁSICOS DE ACCIÓN CORRECTORA O PREVENTIVA TOMADA POR IBERDROLA:

Descripción de la actuación:

Fecha prevista:

Responsable de implantación:

CIERRE DEL INCIDENTE/ SITUACIÓN DE EMERGENCIA:

Confirmado el cierre de la actuación correctora o preventiva por:

Fdo:

Fecha efectiva del cierre:

OBSERVACIONES:

Finalizado el cierre, remitir a la unidad de Información y Estudios del Servicio de Prevención Mancomunado de Iberdrola

INFORME MENSUAL DE ACCIDENTALIDAD
 DE _____ DE _____
 (ENTREGAR ANTES EL DÍA 8 DE CADA MES)

I0000PRLNR0302-04
 Hoja ____ de ____

ÍNDICE DE SINIESTRALIDAD		N° DE ACCIDENTES CON BAJA		
N° MEDIO DE OPERARIOS		MENSUAL	ACUMULADO	
MENSUAL	ACUMULADAS			
HORAS TOTALES TRABAJADAS (1)				
MENSUAL	ACUMULADAS			
		DATOS DE ACCIDENTES CON BAJA DEL MES		
ÍNDICE FRECUENCIA CON BAJA (I _{FCB}) (2)		TRABAJADOR	Fecha baja	Fecha alta
MENSUAL	ACUMULADO			
ÍNDICE DE GRAVEDAD (I _G) (3)		TOTAL DE DÍAS NATURALES PERDIDOS		
MENSUAL	ACUMULADO	MENSUAL	ACUMULADO	

El Representante de la empresa Contratista:

Fdo:

(1) N° total de horas-hombre reales trabajadas (sin horas de permisos, vacaciones, bajas, etc)

(2) $I_{FCB} = \frac{N^{\circ} \text{ accidentes con baja (salvo in itinere)} \times 1.000.000}{N^{\circ} \text{ horas totales trabajadas}}$ (3) $I_G = \frac{N^{\circ} \text{ días naturales perdidos} \times 1.000}{N^{\circ} \text{ horas totales trabajadas}}$



RIESGOS PROPIOS DEL CENTRO DE TRABAJO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y EMERGENCIA

I0000PRLNR0302-05

Hoja ___ de ___

DATOS BÁSICOS DE LA EMPRESA Y DEL CENTRO DE TRABAJO:

Empresa: Centro de trabajo o instalación:
Dirección:

IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES RIESGOS PROPIOS		EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS		
Área, zona o dependencia:				
Nº	Riesgos laborales	Prob (1)	Cons (2)	Cal (3)

(1) Probabilidad, A: alta, M: media, B: baja. (2) Consecuencias, LD: ligeramente dañinas, D: dañinas, ED: extremadamente dañinas. (3) Calificación del riesgo, T: trivial, To: tolerable, M: moderado, G: grave, MG: muy grave.

Riesgo nº	MEDIDAS DE PREVENCIÓN

MEDIDAS DE EMERGENCIA VIGENTES:

Se adjunta información suplementaria, Sí NO

Especificar:

En _____ a _____ de _____ de _____

Recibí, Representante de empresa contratista:

Fdo:

Repr. de IBERDROLA /Coord. seguridad y salud

Fdo :

Se adjunta el informe de planificación de la actividad preventiva correspondiente a los trabajos aquí descritos: Sí No En _____ a _____ de _____

Representante de contratista:

Fdo:

VºBº Repr. IBERDROLA /Coord. seguridad salud:

Fdo

(1) No necesario si ya hay Plan de Seguridad y Salud. (2) Códigos posibles: 1: EPI, 2: Instrucciones o procedimientos, 3: Recursos preventivos presentes (indicar nombre y contacto), 4: Vigilancia de la salud (indicar protocolo). (3) Especifica y concreta el detalle de la codificación de la columna anterior. (4) Códigos posibles: a) Intercambio de información, b) Reuniones periódicas, c) Reuniones conjuntas Comités SS, d) Instrucciones, e) Medidas o protocolos de actuación conjuntos, f) Presencia de los recursos preventivos, g) Coordinador de actividades preventivas (detallar nombre, empresa y teléfono de contacto), h) Coordinador en materia de seguridad y salud (detallar nombre, empresa y teléfono de contacto), i) Otros (programas, organigramas, procedimientos, gamas, etc)..

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE LA EMPRESA CONTRATISTA

I0000PRLNR0302-09

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA EMPRESA:

Nombre: _____ Contratada por: _____ Descripción breve de los trabajos: _____

TAREA (1)	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CURSOS DE CAPACITACIÓN	¿Aporta certificado/ diploma?		Experiencia en la tarea (años/meses)
			SI	NO	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

El Representante de la empresa contratista:

Fdo: En: _____ a _____ de _____ de:

VºBº Representante de IBERDROLA/Coordinador en materia de seguridad y salud:

Fdo:

(1) Este formato debe especificar los cursos de capacitación recibidos por el personal que realice las tareas siguientes:

- A. Gruísta, B. Conductor de equipo automotor, C. Personal expuesto a riesgo eléctrico (detallar si es personal Cualificado o Autorizado), D. Manipulador de explosivos, E. Conductor de maquinaria de movimiento de tierras – F. Operador de instalación radiactiva, G. Curso Intermedio de Técnico de prevención de riesgos laborales, H. Curso Básico de Técnico de prevención de riesgos laborales, Nota: El arriba firmante se responsabiliza de la veracidad de la información de este formato.

CONTROL DE EQUIPOS Y MEDIOS AUXILIARES DE TRABAJO

I0000PRLNR0302-12

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA EMPRESA CONTRATISTA:

Nombre

Contratada por:

Descripción breve de los trabajos:

EQUIPO	Norma de adecuación o verificación	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN	¿Adjunta certificado? (1)	TAREA
GRUAS AUTOPROPULSADAS	MIE AEM / RD 1215/97			
			<input type="checkbox"/>	
CUADROS ELÉCTRICOS	Reglamento Elect. BT			
			<input type="checkbox"/>	
EQUIPOS DE DESPLAZAMIENTO DE CARGAS	MARCADO CE /RD 1215/97			
			<input type="checkbox"/>	
OTROS				
			<input type="checkbox"/>	

En _____ a _____ de _____ de _____

El Repr. del contratista:

El Encargado de Seguridad:

Fdo:

Fdo:

(1) El Representante de IBERDROLA podrá solicitar dichos certificados

NOTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA/SUBCONTRATISTA DE ANOMALÍAS Y
PROPUESTA DE ACCIONES CORRECTORAS/ PREVENTIVAS

I0000PRLNR0302-13

Hoja ____ de ____

APARTADO A: NOTIFICACIÓN DE LA ANOMALÍA DETECTADA
(A cumplimentar por el emisor)

DATOS EMISOR: Nombre Empresa:
 Contratada por la empresa: Trabajos contratados:
 DATOS ANOMALÍA: Fecha detección: Centro o lugar de trabajo:
 Área del centro / Instalación:
 Descripción:
 Remitido a: Empresa: Fecha:
 OBSERVACIONES:

APARTADO B: TRAMITACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE ANOMALÍA
(A cumplimentar por la jefatura del emisor o nivel superior)

¿Anomalía bajo el alcance de la jefatura?	Sí: <input type="checkbox"/>	Notificación procedente: <input type="checkbox"/>	Remitido al Responsable de Actuación: Fecha: Unidad: Observaciones:		
		Notificación im- procedente: <input type="checkbox"/>	Motivo: Fuera alcance PRL <input type="checkbox"/>	Fuera alcance Iberdrola <input type="checkbox"/>	Ausencia de riesgo <input type="checkbox"/>
			Otro: Remitido al Emisor en fecha:		
	No: <input type="checkbox"/>	Remitido al Responsable de Actuación:		Fecha:	
		Unidad:	Observaciones:		

APARTADO C: ACCIÓN CORRECTORA /PREVENTIVA
(A cumplimentar por el Responsable de Actuación)

Descripción de actuación:
 Responsable de implantación: Fecha prevista implantación:
 Prioridad: Alta Media: Baja: Observaciones:

APARTADO D: CIERRE DE ACCIÓN CORRECTORA /PREVENTIVA
(A cumplimentar por el Responsable de Actuación)

Confirmado el cierre por el Responsable de Actuación. Fecha efectiva del cierre: Observaciones:
Fdo:

Entregar el presente formato, u otro de contenido similar, al representante presente de cada empresa que concurra en el centro de trabajo donde haya ocurrido un accidente grave, muy grave o mortal.

En cumplimiento de la normativa vigente (art. 4.2 del R.D. 171/04, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales), que establece el deber de cooperación entre empresas concurrentes en el mismo centro de trabajo, le comunicamos que:

El/los empleado/s D/Dª:

En plantilla de la empresa: _____ ha/n sufrido un accidente de trabajo calificado como (1): _____, el día _____ de _____ en el lugar con dirección:

El accidente se produjo en el lugar mencionado en las circunstancias que brevemente se describen a continuación:

EMPRESAS/AUTÓNOMOS QUE CONCURRÍAN EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:

¿Se le facilita esta notificación?

SÍ NO

En _____ a _____ de _____ de _____

Representante presente de la empresa en el lugar del accidente:

Fdo:

(1) La calificación de la gravedad corresponde a los servicios médicos asistenciales (Mutua de Accidentes de Trabajo).

NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO DE EMPRESA CONTRATISTA

I0000PRLNR0302-15

Hoja ___ de ___

Empresa contratista:

Región:

Responsable de contratación:

Nº empleado:

Apellidos del accidentado:

Nombre:

Fecha accidente:

Día de la semana:

Hora del día:

Hora de trabajo

Lugar del accidente (1):

Provincia

Cód. prov

Instalación donde se produjo (2)

Componente de la instalación (3)

Trabajo que realizaba (4)

¿Era su trabajo habitual? Sí No ¿Quién dirigía el trabajo?

Descripción del accidente

Lesiones sufridas (5)

Zonas del cuerpo afectadas

Personas que lo presenciaron

Tipo de primeros auxilios prestados

FACTOR TÉCNICO asociado a los equipos (materiales, productos químicos, máquinas, herramientas, etc)

asociado al entorno o condiciones ambientales (contaminantes, clima, ventilación, luz, etc)

FACTOR HUMANO asociado a comportamiento individual (no usar protección, secuencia incorrecta, herramienta no adecuada)

asociado a terceras personas u organización del trabajo (ausencia instrucciones, falta de formación, etc)

MEDIDAS para evitar su repetición

El Representante del contratista:

Edad

Agente lesión

Categoría laboral

Con baja

Fdo:

Antigüedad puesto

Sin baja

Fecha:

Antigüedad empresa

In itinere

Tel:

Tipo accidente

Recaída

(1) Lugar del accidente.- Detallar la localización geográfica del accidente sobre el terreno (localidad, km. X de la carretera, calle, etc.)

(2) Instalación.- Ejemplo: Línea aérea de AT, red trenzada, centro de transformación, línea subterránea, subestación, etc.

- (3) Componente.- Parte de la instalación o componente de la misma directamente implicada (celda, apoyo metálico, contador etc)
- (4) Trabajo.- Ejemplo: Eléctrico en tensión, eléctrico sin tensión, mecánico, obra civil, desplazamiento, etc.
- (5) Lesiones .- Indicar el tipo de lesión que a priori se le supone al accidentado (quemadura, herida, contusión, lumbalgia, etc.).

Las codificaciones de los recuadros sombreados se cumplimentan por el Servicio de Prevención Mancomunado de Iberdrola