

Fecha: _____

Universidad Nacional

Guía “Informe de supervisión de la
prevención de riesgos laborales en el
proceso de control de plagas (SL)”

Área de Salud Laboral

Índice

1. Aspectos generales del Centro de Trabajo a fumigar.	2
2. Datos generales de la fumigación	2
3. Datos de la empresa fumigadora.	2
4. Antes de la fumigación	3
5. Durante la fumigación	11
6. Posterior a la fumigación	17

Informe de supervisión de la prevención de riesgos laborales en el proceso de control de plagas

1. ASPECTOS GENERALES DEL CENTRO DE TRABAJO A FUMIGAR.

- » Centro de trabajo: _____
- » Espacios a fumigar: _____
- » Fecha de la fumigación: _____
- » Persona autorizada a cargo del proceso (supervisor de la fumigación): _____

2. DATOS GENERALES DE LA FUMIGACIÓN

- » Consecutivo de informe toxicológico: _____
- » Plagas a controlar: Plagas comunes Roedores Termitas
- » Tipo de fumigación: Fumigación única Fumigación general (1° de varias)
- Refumigación (aplicación localizada), aplicación # _____
- » Persona(s) asignada(s) para la ventilación y limpieza :

3. DATOS DE LA EMPRESA FUMIGADORA.

Nombre de la empresa: _____

Personal a cargo de la empresa:

4. ANTES DE LA FUMIGACIÓN

I. Acciones previas a la fumigación (A).

Pasos	Acciones a revisar	Seguimiento			Observaciones
		Primera revisión: Fecha: ____/____/____		Segunda revisión Fecha: ____/____/____	
		Realizado (Si, No, No aplica)	Plan de acción	Estado (Implementado, No implementado)	
1. Lectura de información técnica sobre el proceso de fumigación.	1.1. ¿La persona autorizada realizó la lectura completa del informe toxicológico? (Este documento debe ser revisado con detalle, si tiene dudas consulte al Área de Salud Laboral).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	1.2. ¿La persona autorizada realizó la lectura completa de la ficha técnica del producto a emplear? (Este documento debe ser revisado con detalle, si tiene dudas consulte al Área de Salud Laboral).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	

Pasos	Acciones a revisar	Seguimiento			Observaciones
		Primera revisión: Fecha: ____/____/____		Segunda revisión Fecha: ____/____/____	
		Realizado (Si, No, No aplica)	Plan de acción	Estado (Implementado, No implementado)	
2. Comunicación oficial a la Comunidad Universitaria del proceso de fumigación.	2.1. ¿Se distribuyó copia del protocolo a los usuarios de las instalaciones a fumigar? Indicar el medio usado para la comunicación. <input type="checkbox"/> Oficio o nota. <input type="checkbox"/> Circular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	2.2. La comunicación realizada incluye la fecha y hora de inicio de la fumigación.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	2.3. Se indicó explícitamente que no debe haber personas en el área durante el proceso de fumigación ni durante el periodo de reingreso.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	2.4. ¿La comunicación incluyó el periodo de reingreso?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	

Pasos	Acciones a revisar	Seguimiento			Observaciones
		Primera revisión: Fecha: ____/____/____		Segunda revisión Fecha: ____/____/____	
		Realizado (Si, No, No aplica)	Plan de acción	Estado (Implementado, No implementado)	
	2.5. ¿Se detalló el nombre químico del producto a utilizar en la fumigación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	2.6. ¿Se indicó que cualquier funcionario puede solicitar copia del estudio toxicológico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	2.7. ¿Se indicó que se deben proteger todos los alimentos y utensilios de cocina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	2.8. ¿Se incluyó en el comunicado que se deben proteger los equipos electrónicos ubicados a nivel del piso y aquellos que estén colocados cerca del rodapié?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	

Pasos	Acciones a revisar	Seguimiento			Observaciones
		Primera revisión: Fecha: ____/____/____		Segunda revisión Fecha: ____/____/____	
		Realizado (Si, No, No aplica)	Plan de acción	Estado (Implementado, No implementado)	
	<p>2.9. La comunicación detalla explícitamente las siguientes tres medidas de seguridad para el reingreso (por primera vez) a los espacios fumigados:</p> <p><input type="checkbox"/> Uso obligatorio de Epp. <input type="checkbox"/> Ventilación del área fumigada (durante 15 min). <input type="checkbox"/> Limpieza profunda de las superficies de trabajo.</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
3. Coordinación a acceso a espacios a fumigar	<p>3.1. ¿Se coordinó lo necesario para garantizar que se podrá acceder a los espacios a fumigar? (acceso a las llaves, personas que abran y cierren, etc.)</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	<p>3.2. ¿Se conoce el nombre y teléfono de las personas que van a abrir y cerrar las puertas?</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	

Pasos	Acciones a revisar	Seguimiento			Observaciones
		Primera revisión: Fecha: ____/____/____		Segunda revisión Fecha: ____/____/____	
		Realizado (Si, No, No aplica)	Plan de acción	Estado (Implementado, No implementado)	
	3.3. ¿Se comunicaron las medidas de seguridad a todos los funcionarios que van a abrir y cerrar las puertas? (vestimenta, prohibición de ingesta de alimentos y líquidos, uso de Epp, tipo de calzado, etc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
4. Coordinación con entes externos.	4.1. Se informaron las medidas de seguridad y la fecha de la fumigación a la Sección de Seguridad Institucional.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	4.2. Se comunicó al Área de Salud Laboral la fecha de la fumigación y los datos personales de la persona autorizada a cargo del proceso de fumigación.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	

Pasos	Acciones a revisar	Seguimiento			Observaciones
		Primera revisión: Fecha: ____/____/____		Segunda revisión Fecha: ____/____/____	
		Realizado (Si, No, No aplica)	Plan de acción	Estado (Implementado, No implementado)	
5. Señalización del área a fumigar	5.1. Se cuenta con la rotulación que deberá colocarse previo a la fumigación. La entrega el ASL	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	5.2. Se tienen los elementos físicos que se usaran para delimitar el área a fumigar (cinta de peligro, malla de seguridad, etc.) La entrega el ÁSL	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	5.3. Se identificó la ubicación de tuberías subterráneas (agua, redes, eléctricas, etc.). * Este punto solo aplica para el proceso de inyección en suelo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	

Pasos	Acciones a revisar	Seguimiento			Observaciones
		Primera revisión: Fecha: ___/___/___		Segunda revisión Fecha: ___/___/___	
		Realizado (Si, No, No aplica)	Plan de acción	Estado (Implementado, No implementado)	
6. Identificación de necesidades de equipo de protección personal	6.1. ¿Se identificaron las necesidades de Epp para el proceso de fumigación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	6.2. ¿Se cuenta con los formularios de control de entrega de Epp?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	6.3. ¿Se cuenta con el Epp requerido?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	6.4. ¿El personal que requiere Epp conoce como colocárselo y como ajustarlo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
7. Contactos	7.1. ¿Se tiene el número de teléfono del representante del Área de Salud Laboral?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	7.2. ¿Se tiene el número de teléfono del responsable del Centro de Trabajo a fumigar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	7.3. ¿Se tiene el número de teléfono del representante de la	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	

Pasos	Acciones a revisar	Seguimiento			Observaciones
		Primera revisión: Fecha: ____/____/____		Segunda revisión Fecha: ____/____/____	
		Realizado (Si, No, No aplica)	Plan de acción	Estado (Implementado, No implementado)	
	Empresa fumigadora?				
	7.4. ¿Se tiene el número de teléfono de los miembros de la brigada de primeros auxilios?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	
	7.5. ¿Se tiene el número de teléfono del servicio de emergencias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado	

5. DURANTE LA FUMIGACIÓN

I. Acciones que deben realizarse durante la fumigación (B).

» Evacuación y delimitación del espacio a fumigar (B1).

Acciones a revisar	Seguimiento		
	Primera revisión: Fecha: ___/___/_____		Segunda revisión: Fecha: ___/___/_____
	Realizado	Plan de acción	Estado
¿Se han desalojado completamente las instalaciones a fumigar? *Considerar seres humanos, animales y plantas que puedan verse afectadas por el proceso de fumigación.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado
¿Se delimitó el perímetro del área a fumigar de forma tal que no pueda ingresar nadie ajeno a la actividad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado
¿Se instalaron rótulos de advertencia sobre los riesgos del trabajo a realizar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado
¿Se instalaron rótulos que indiquen la prohibición de ingreso al área a fumigar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado
¿Se instalaron rótulos que indiquen la fecha en la que se permitirá el reingreso al área fumigada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado
¿Se señaló la ubicación de las tuberías y cableado subterráneo? * Este punto solo aplica cuando se deba realizar inyección en suelo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado

» **Equipo de protección personal de los funcionarios de la UNA. (B5)**

Acciones a revisar	Seguimiento		
	Primera revisión: Fecha: ___/___/___		Segunda revisión: Fecha: ___/___/___
	Realizado	Plan de acción	Estado
Entrega del Epp requerido por los funcionarios de la UNA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado
Capacitación a los funcionarios sobre el uso, ajuste y mantenimiento del Epp	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado

» **Verificación de requisitos de la empresa fumigadora (B2)**

Acciones a revisar	Seguimiento		
	Primera revisión: Fecha: ___/___/___		Segunda revisión: Fecha: ___/___/___
	Realizado	Plan de acción	Estado
El personal a cargo de la fumigación coincide con el enlistado en el punto 3 de este formulario.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado
Se cuenta con copia de la boleta de inclusión al seguro de riesgos del trabajo de todas las personas que participaron en el proceso pero que no están incluidas en la lista preliminar del punto 3 de este formulario.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado
Cada uno de los trabajadores que participarán en la fumigación cuentan con el Epp requerido (Protección para la cabeza, lentes de seguridad, respirador, guantes, ropa de trabajo, calzado de cuero u otro material impermeable)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Implementado <input type="checkbox"/> No implementado
Otros aspectos relevantes:			

» Verificación del agroquímico utilizado:

	Método de fumigación	Producto para el control de la plaga	
		Presentación Acción Biocida	Nombre del producto
Propuesto	<input type="checkbox"/> Bomba aspersión <input type="checkbox"/> Bomba de motor <input type="checkbox"/> Nebulización en frío <input type="checkbox"/> Pulverización <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____	<input type="checkbox"/> Insecticida (líquido) <input type="checkbox"/> Insecticida (gel) <input type="checkbox"/> Rodenticida (Cebos) <input type="checkbox"/> Otro; _____	
Utilizado	<input type="checkbox"/> Bomba aspersión <input type="checkbox"/> Bomba de motor <input type="checkbox"/> Nebulización en frío <input type="checkbox"/> Pulverización <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____	<input type="checkbox"/> Insecticida (líquido) <input type="checkbox"/> Insecticida (gel) <input type="checkbox"/> Rodenticida (Cebos) <input type="checkbox"/> Otro; _____	

Nota: Los datos propuestos se completan del Informe Toxicológico y dichos resultados se verifican con lo "Utilizado" por la Empresa durante la fumigación.

» Inspección preliminar (B4). Registre todos los aspectos relevantes que se evidencien durante la inspección preliminar que realice junto al contratista.

Hallazgos	Observaciones

Hallazgos	Observaciones

Nota: Puede agregar páginas adicionales si requiere de mayor espacio.

- » Inspección proceso de fumigación. Registre todos los aspectos relevantes (aspectos positivos, consideraciones para el manejo integral de plagas y oportunidades de mejora) que se evidencien durante la aplicación del producto.

Hallazgos	Observaciones

Hallazgos	Observaciones

Nota: Puede agregar páginas adicionales si requiere de mayor espacio.

6. POSTERIOR A LA FUMIGACIÓN

OBSERVACIONES GENERALES

CONTROL DE FIRMAS

Detalle	Nombre	Número de Cédula	Firma
Persona autorizada			
Supervisor del Área de Salud Laboral			
Representante del Centro de Trabajo.			
Responsable de la fumigación por parte del Contratista.			