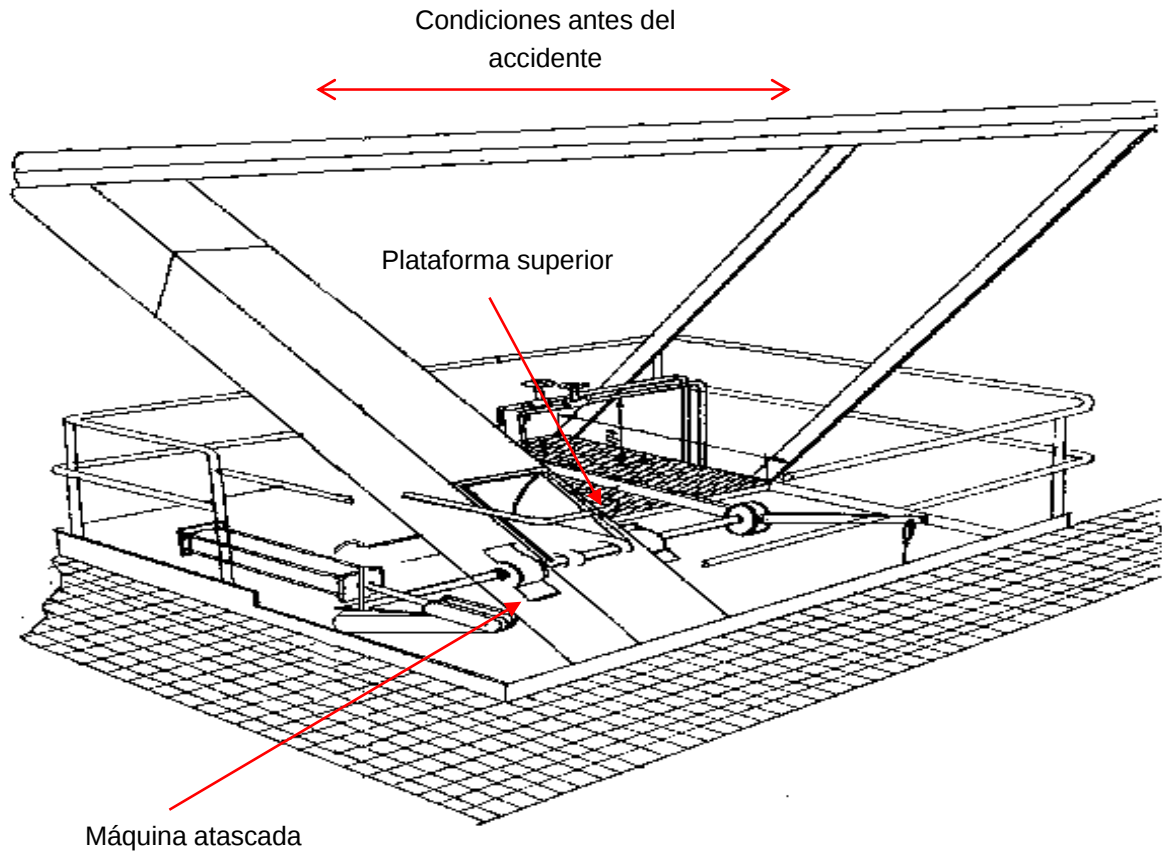


ACCIDENTE : 7

Fecha : 09.03.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 7

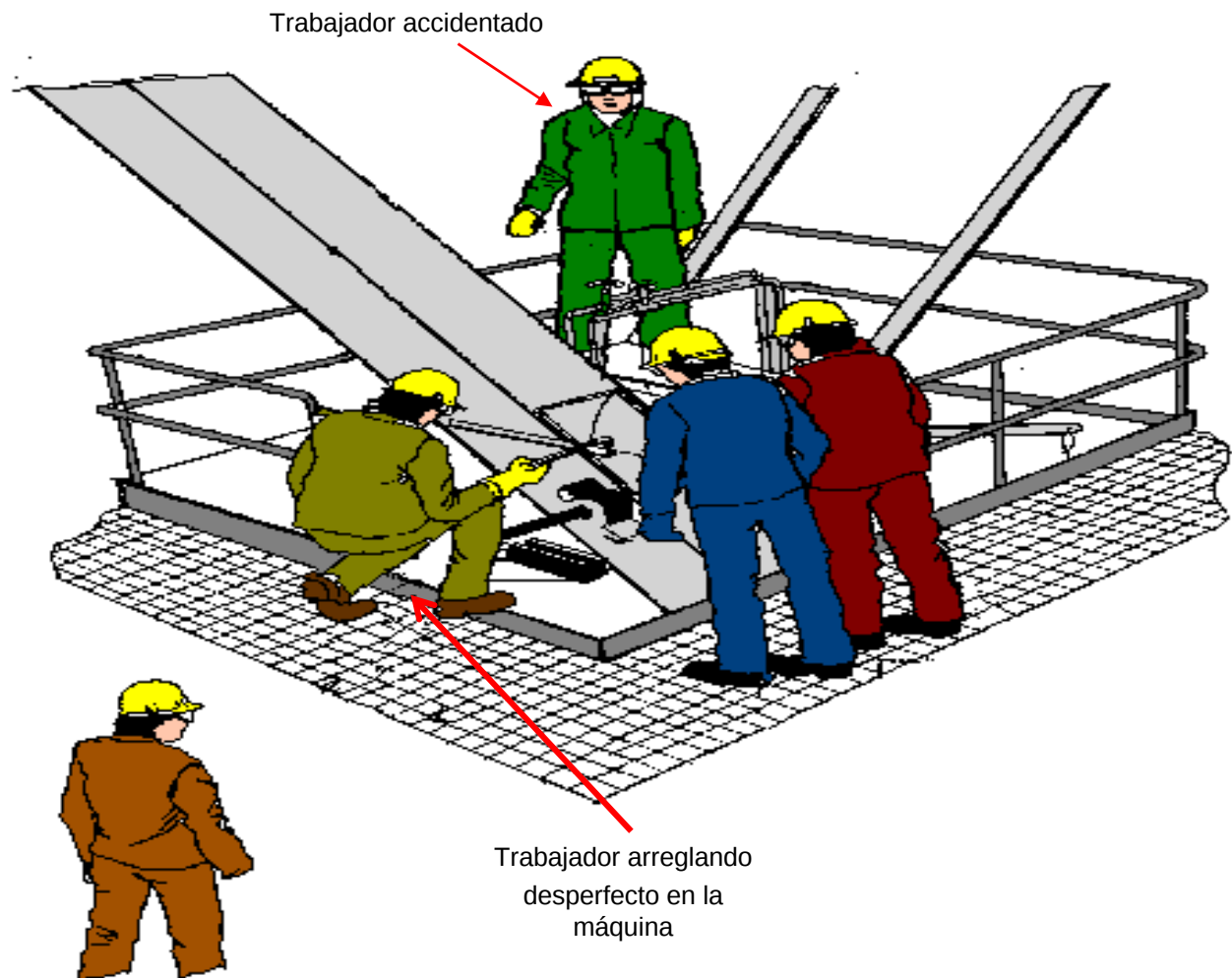


CIRCUNSTANCIAS

En el instante que un mecánico y un soldador cortaban un fierro en U, que servía de tope y limitaba la abertura de la compuerta de descarga de la manga que alimenta de carbonato de calcio a las ollas de fundición, y antes de terminar de hacer el corte, el fierro se quebró debido a presión del aire comprimido acumulado en el pistón y a la presión que ejercía la carga de Carbonato de Calcio. La compuerta se abrió transmitiendo el movimiento por un eje hasta una palanca manual, que al moverse hacia arriba unos 50°, ocasionó la caída de uno de los trabajadores, desde una altura de 8,5 metros.

ACCIDENTE : 7

Fecha : 09.03.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 7

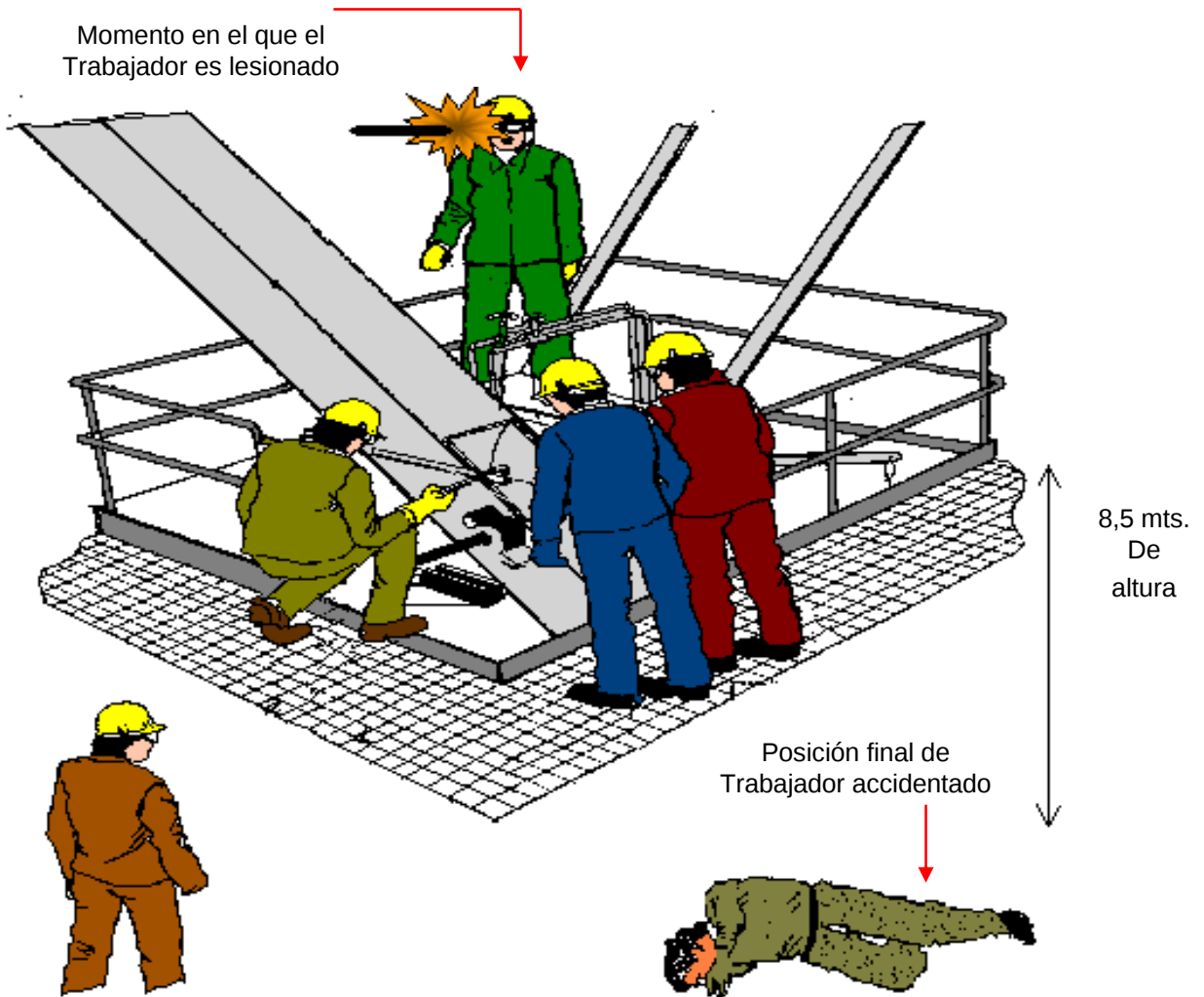


CAUSAS

- ↓ No usar Cinturón con cola de seguridad.
- ↓ Superficie de trabajo sin protección y resguardo adecuado.
- ↓ Existencia de material de sobre tamaño dentro del ducto. Situación que provocó el atoché.
- ↓ Efectuar corte del tope de carrera de la compuerta, sin considerar la energía neumática confinada en el sistema de accionamiento de la compuerta del ducto.
- ↓ Iluminación insuficiente en el lugar de trabajo.

ACCIDENTE : 7

Fecha : 09.03.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 7

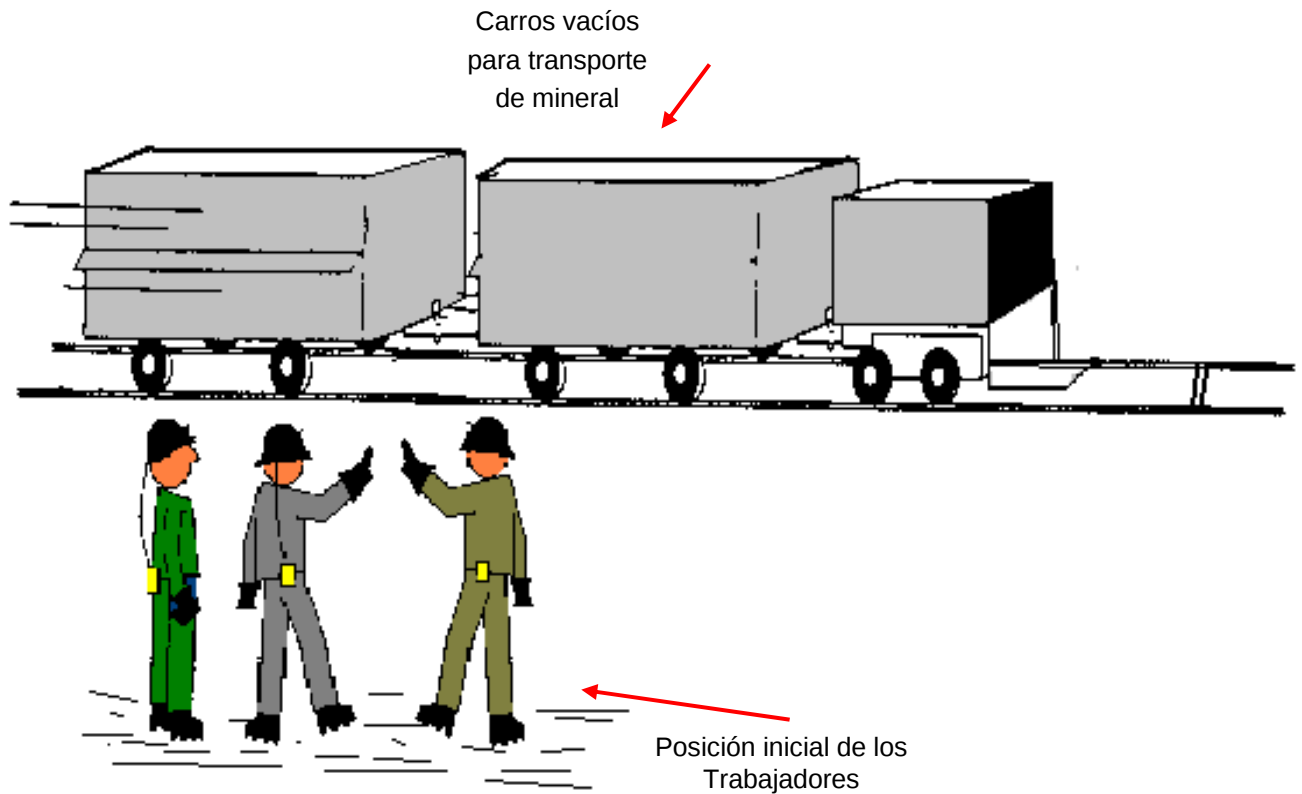


ACCIONES CORRECTIVAS Y/O EXPERIENCIAS NORMATIVAS

- 👍 Modificar el diseño de la plataforma del sitio del suceso, para eliminar el riesgo de caída a desnivel.
- 👍 Confeccionar un Procedimiento de Operación del Sistema de Alimentación de carbonato de Calcio, que considere, además: Control de Granulometría, situación de atoché o atascamiento del material, Control del tipo de Material.
- 👍 Evaluar y controlar la Capacitación otorgada por la División a su línea de supervisión directa, respecto del Sistema de Gestión de Control de los Riesgos Operacionales, aplicados a la faena.

ACCIDENTE : 8

Fecha : 12.03.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 8

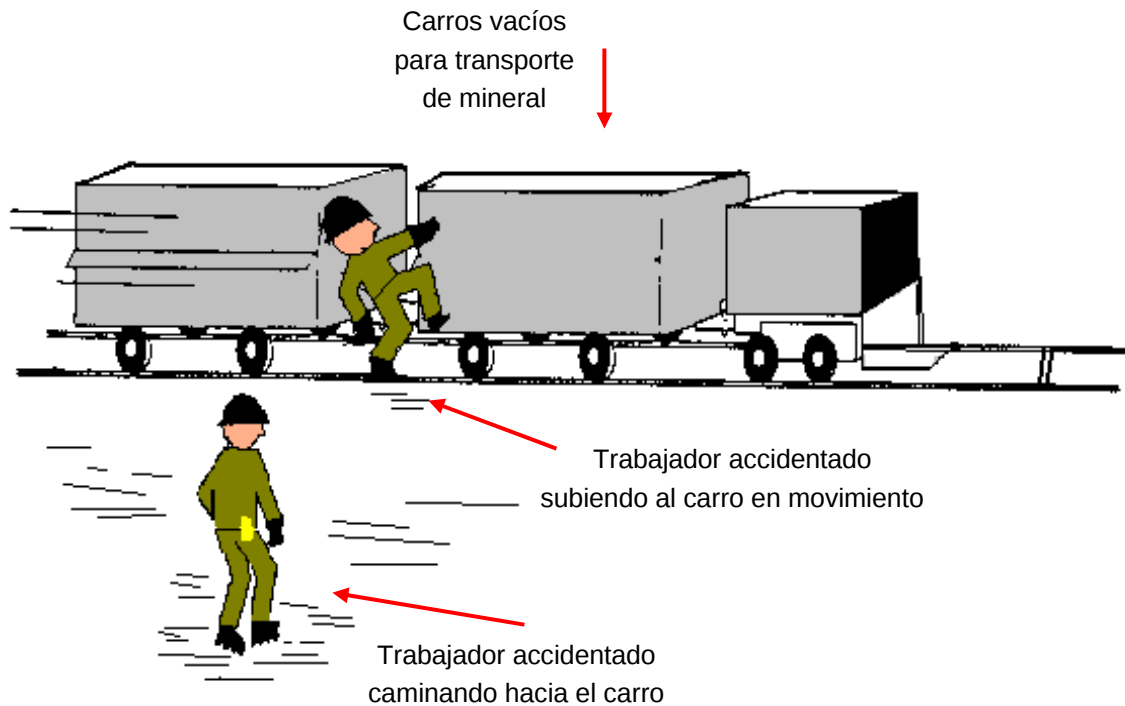


CIRCUNSTANCIAS

En el momento en que se subía a un carro de ferrocarril en movimiento, se resbaló y cayó sobre la línea férrea siendo alcanzado por la llanta del carro, ocasionándole lesiones que posteriormente le provocaron la muerte.

ACCIDENTE : 8

Fecha : 12.03.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 8

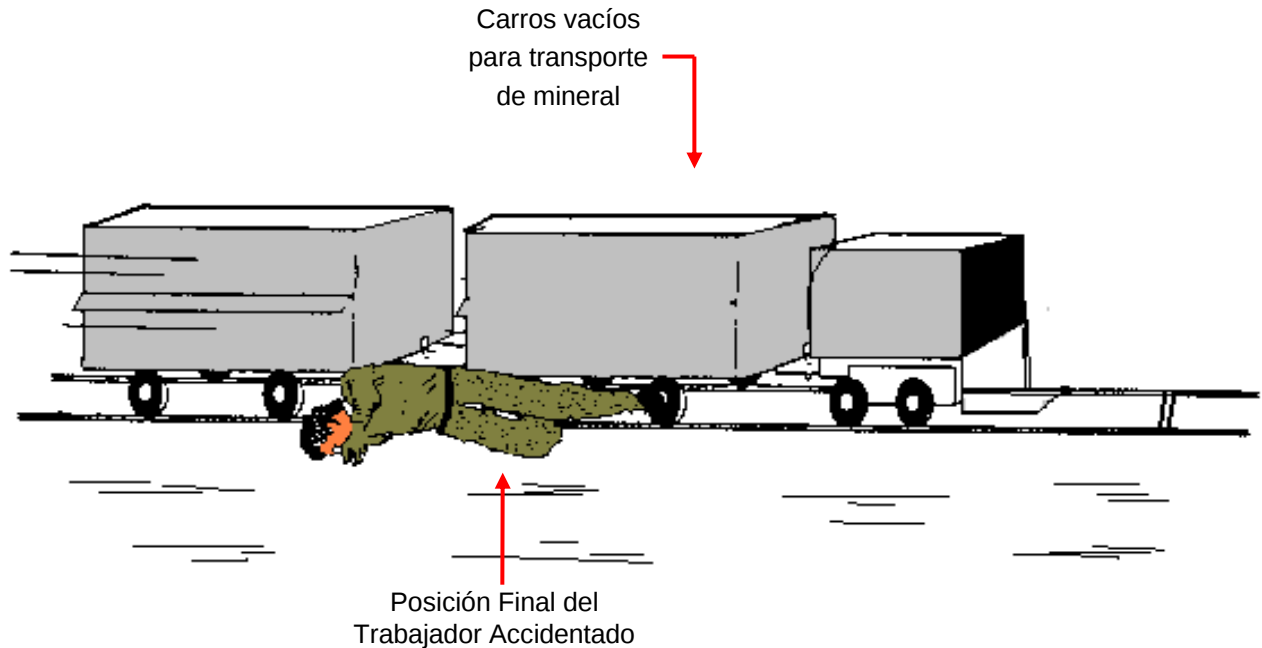


CIRCUNSTANCIAS

- ↓ Tratar de subirse al carro cuando se encontraba en movimiento.
- ↓ Desviarse de procedimientos establecidos como normales.
- ↓ Sector inadecuado para hacer la labor de descarpe y encarpe de carros.
- ↓ Sector iluminación insuficiente.
- ↓ Falta de conocimiento. Instrucción inicial insuficiente sobre los riesgos inherentes a la actividad desarrollada.
- ↓ Supervisión insuficiente.

ACCIDENTE : 8

Fecha : 12.03.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 8



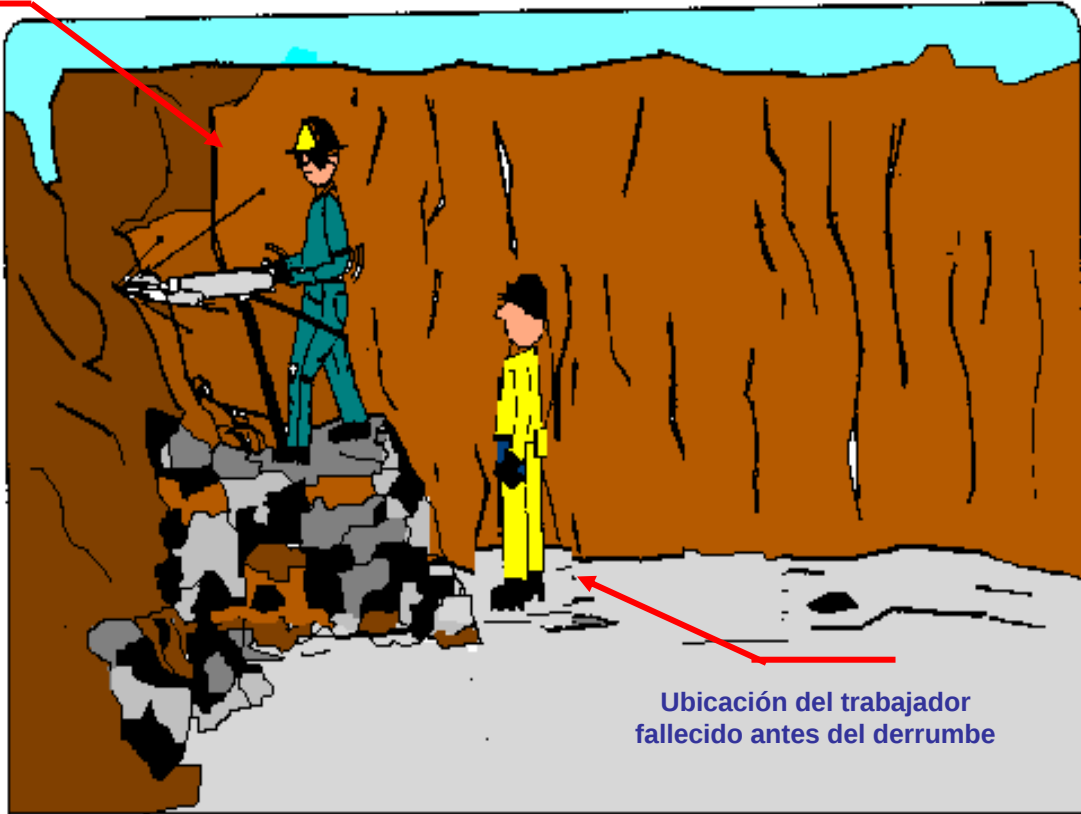
ACCIONES CORRECTIVAS Y/O EXPERIENCIAS NORMATIVAS

- 👍 Capacitar a los trabajadores sobre los riesgos inherentes a sus labores, de las medidas preventivas y de los métodos de trabajos de las obras que se desarrollan.
- 👍 Se deberá revisar el Procedimiento Seguro de trabajo para descarpar y encarpar carros de ferrocarril.
- 👍 La Empresa deberá designar una persona encargada de la coordinación de la obra en cada turno.

ACCIDENTE :11

Fecha : 09.05.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 11

Perforista



CIRCUNSTANCIA

Cuando se estaba perforando la pared de un banco de una mina a Rajo Abierto, con una perforadora manual, instalado sobre una plataforma de material estéril, se produjo el desprendimiento de la pared lateral, dejando aprisionado al operador del cargador frontal que observaba la operación y lanzando, al perforista, al pie de la plataforma. Las lesiones causadas al operador le provocaron la muerte.

ACCIDENTE :11

Fecha : 09.05.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 11

Perforista es desplazado en forma violenta, producto del derrumbe

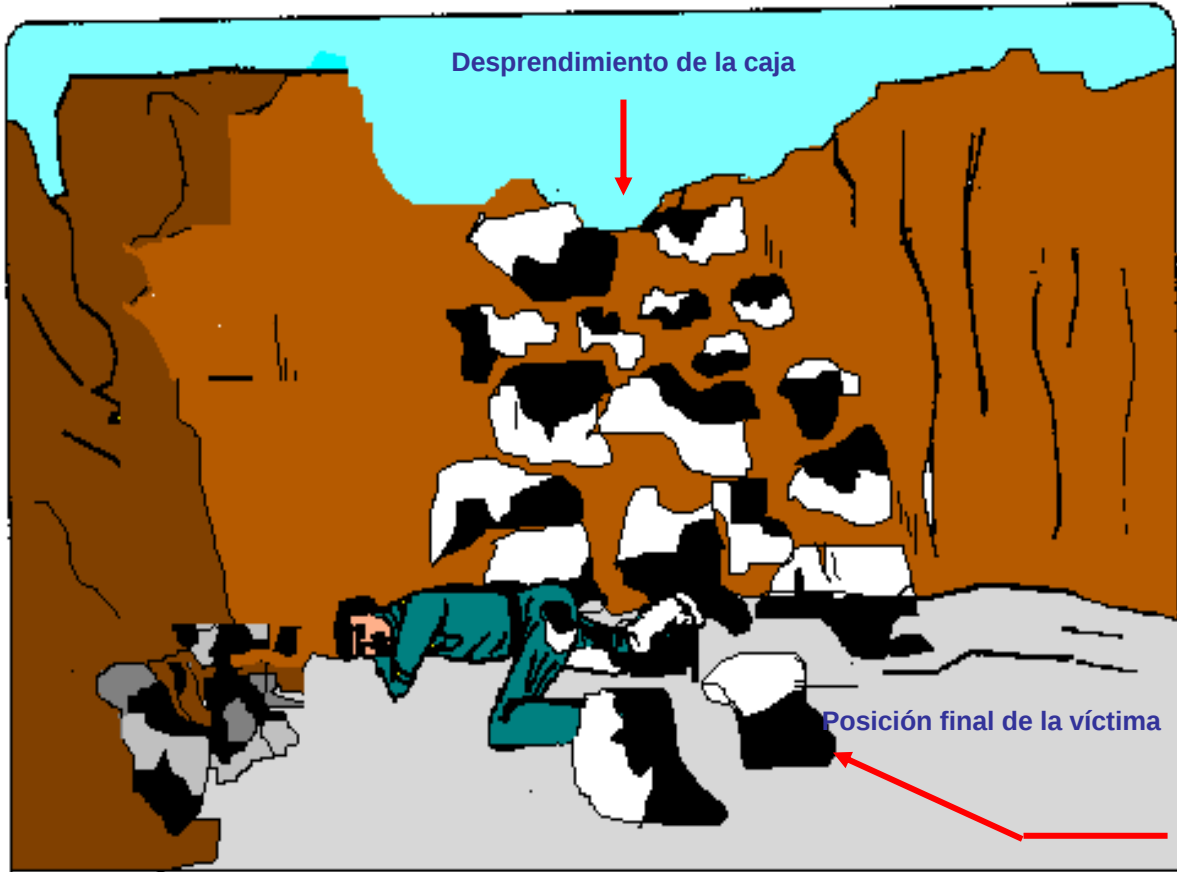


CAUSAS

- ↓ Caídas de rocas por acuñadura deficiente o falta de acuñadura.
- ↓ Sistema de trabajo inadecuado y peligroso.
- ↓ Método de explotación inadecuado y sin procedimiento seguro de trabajo.
- ↓ Falta de instrucción acerca de los riesgos y la ejecución segura de la explotación.

ACCIDENTE :11

Fecha : 09.05.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 11



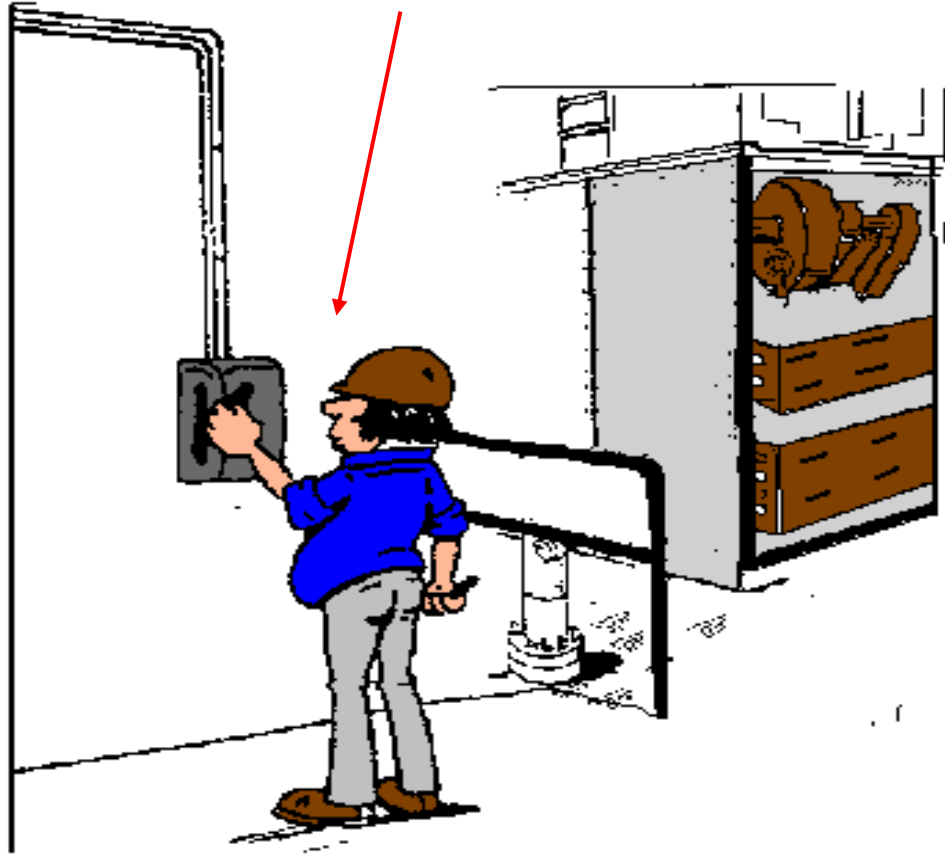
ACCIONES CORRECTIVAS Y/O EXPERIENCIAS NORMATIVAS

- 👍 Definir un Método de Explotación que determine como mínimo las operaciones básicas de Operación del Rajo. Enviar el Proyecto de Explotación al SERNAGEOMIN para su revisión y aprobación.
- 👍 Instruir al personal sobre acuñadura de los lugares de trabajo, Antes de iniciar cualquier actividad dentro del Rajo debe ser acuñado prolijamente.

ACCIDENTE :28

Fecha : 11.12.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 35

Trabajador al inicio del
trabajo

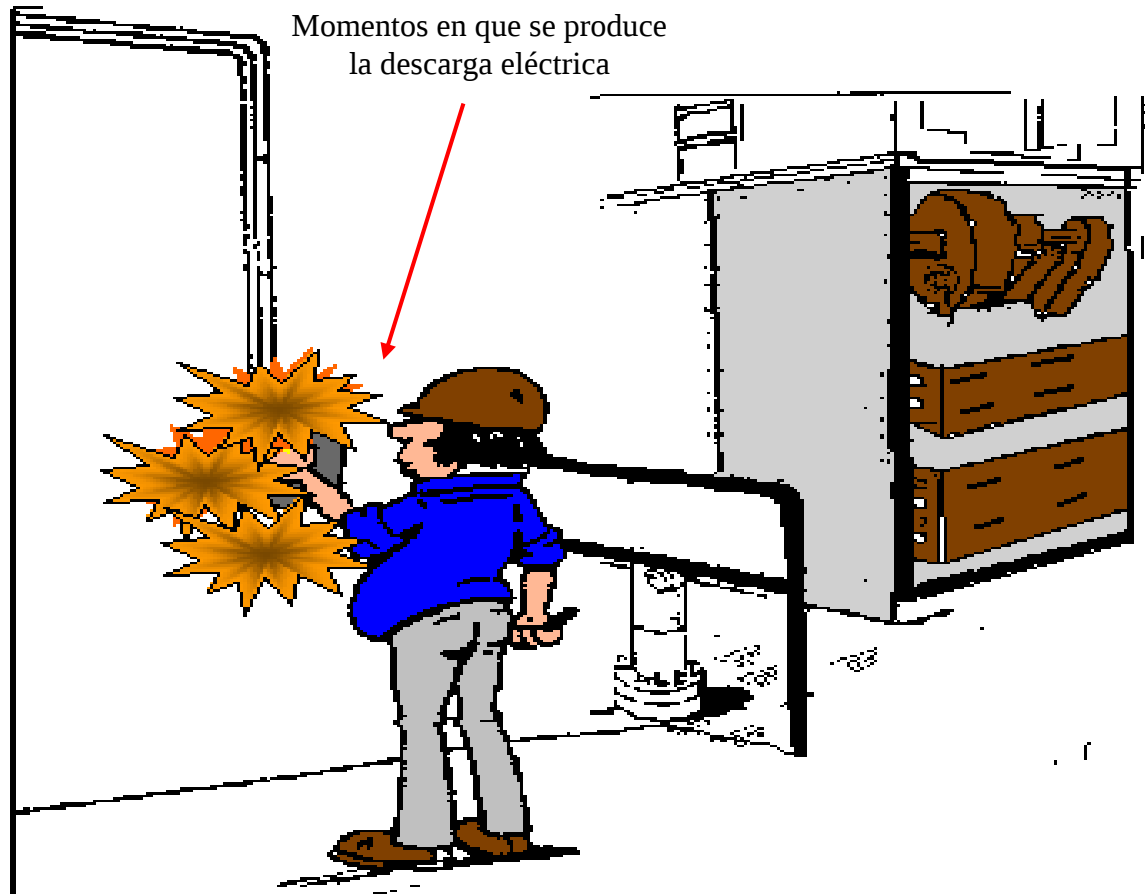


CIRCUNSTANCIAS

En el momento que se disponía a cambiar la fase de un circuito eléctrico en una caja de conexión cercana a la caja automática donde supuestamente debía cortar la energía, tomó un cable de una de las fases que aún tenía corriente eléctrica, produciéndole una descarga que le provocó la muerte.

ACCIDENTE :28

Fecha : 11.12.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 35

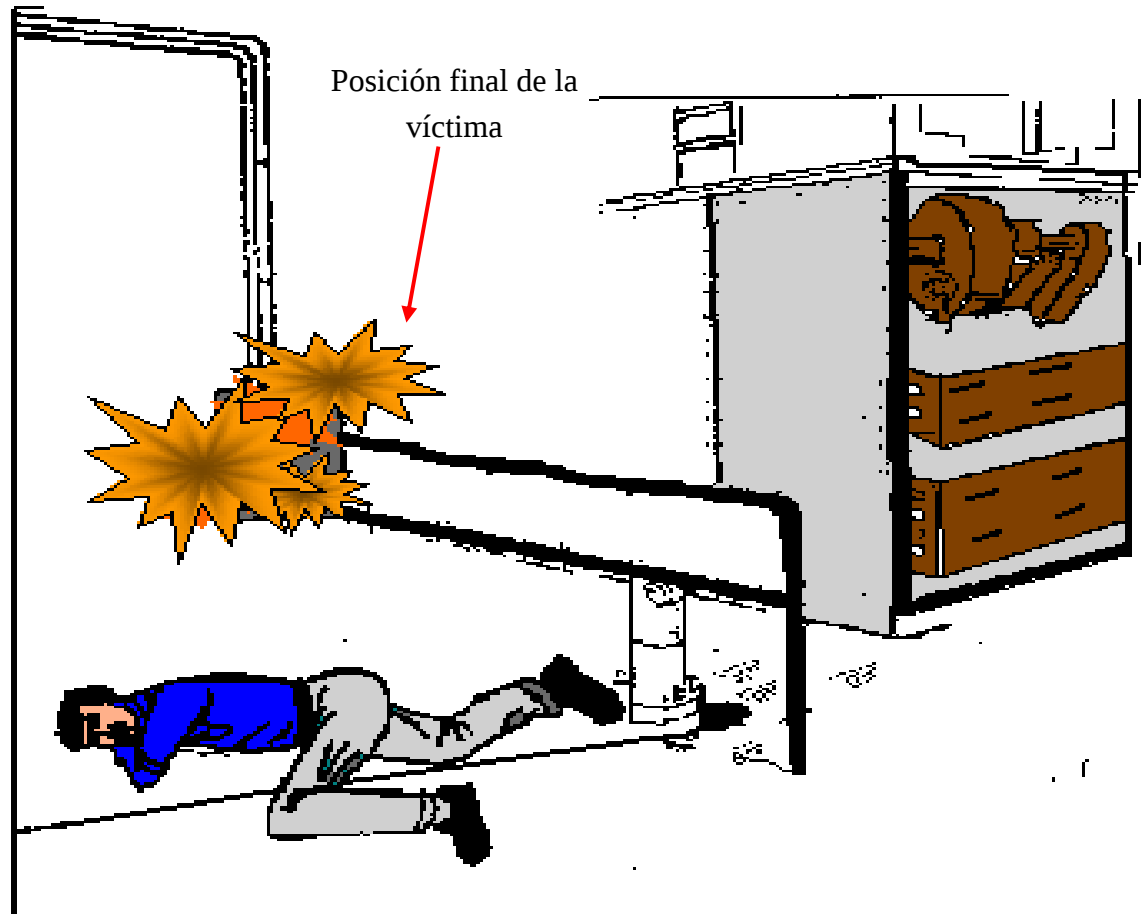


CAUSAS

- ↓ Eléctrico accidentado se equivocó al intervenir una caja de conexión que estaba energizada en lugar de la otra a la cual le había cortado la corriente.
- ↓ No aplicar las normas establecidas que obligaba a desconectar el interruptor principal, bajar los cuchillos de contacto, probar tensión con el instrumento y con el bastón para comprobar energía cero.
- ↓ No usar las herramientas disponibles.
- ↓ Cajas de conexión fuera de normas referente a letreros y colores.

ACCIDENTE :28

Fecha : 11.12.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 35

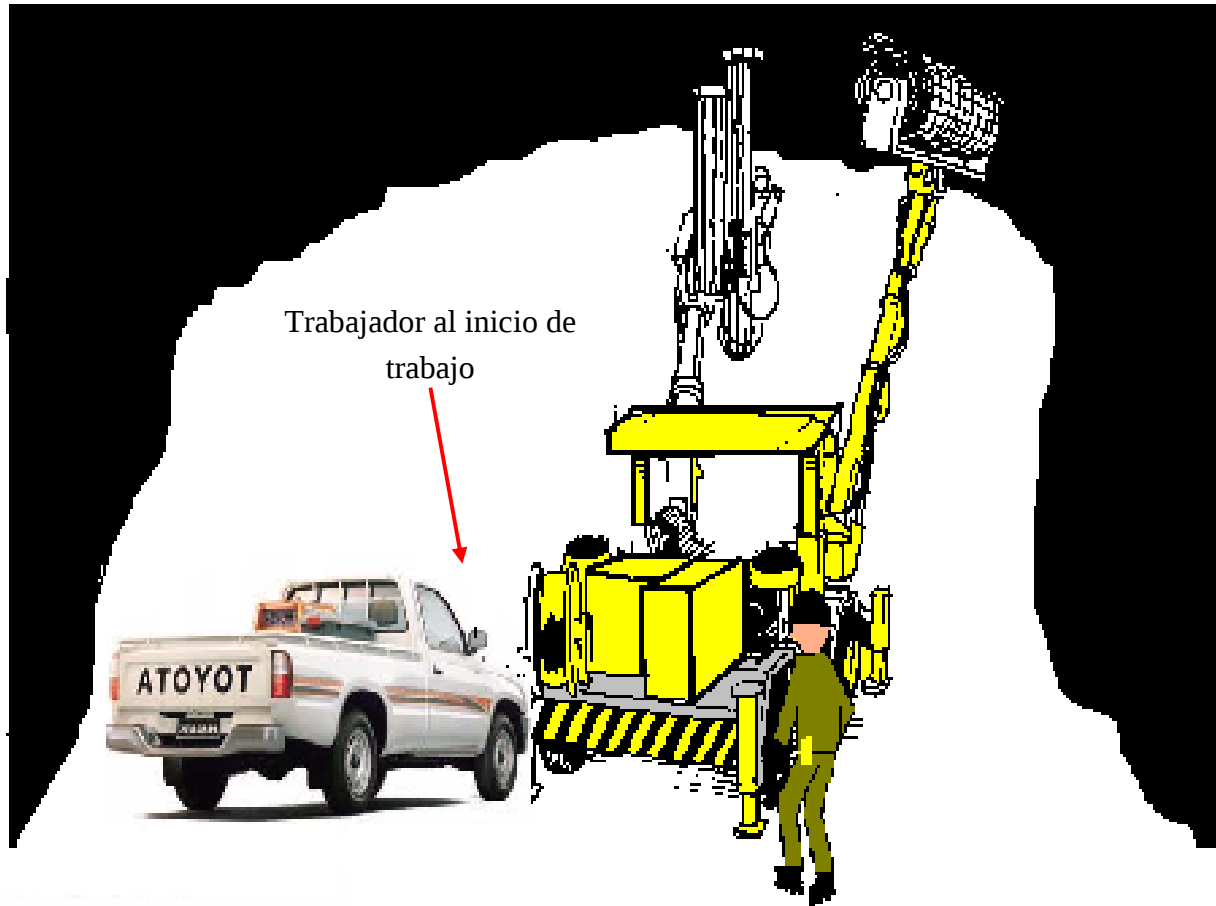


ACCIONES CORRECTIVAS Y/O EXPERIENCIAS NORMATIVAS

- 👍 Eliminar el uso de cajas de conexión por enchufes de alta tensión.
- 👍 Ordenar la organización de los trabajadores que realizan tareas de mantención eléctrica.
- 👍 Incluir en el programa de prevención de riesgos de la empresa, la obligatoriedad de la supervisión de dictar charlas diarias.
- 👍 Estandarizar la normativa interna de la empresa.

ACCIDENTE :29

Fecha : 22.12.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 36

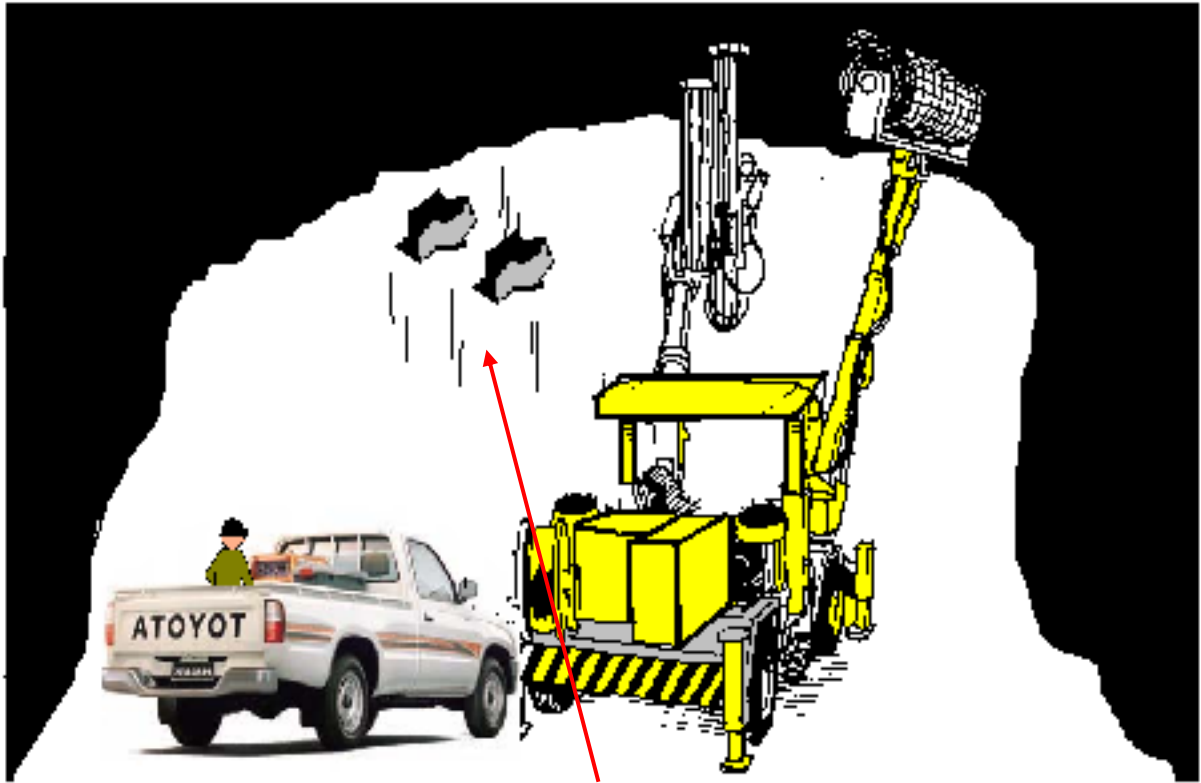


CIRCUNSTANCIAS

En el momento en que un jefe de turno y un operador de jumbo realizaban el abastecimiento de petróleo al equipo de perforación, se desprendió un planchón de roca del techo del lugar donde se encontraba, cayendo sobre la cabina de una camioneta, aplastando al supervisor que se encontraba en su interior.

ACCIDENTE :29

Fecha : 22.12.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 36



Momento en que se produce
el desprendimiento de rocas

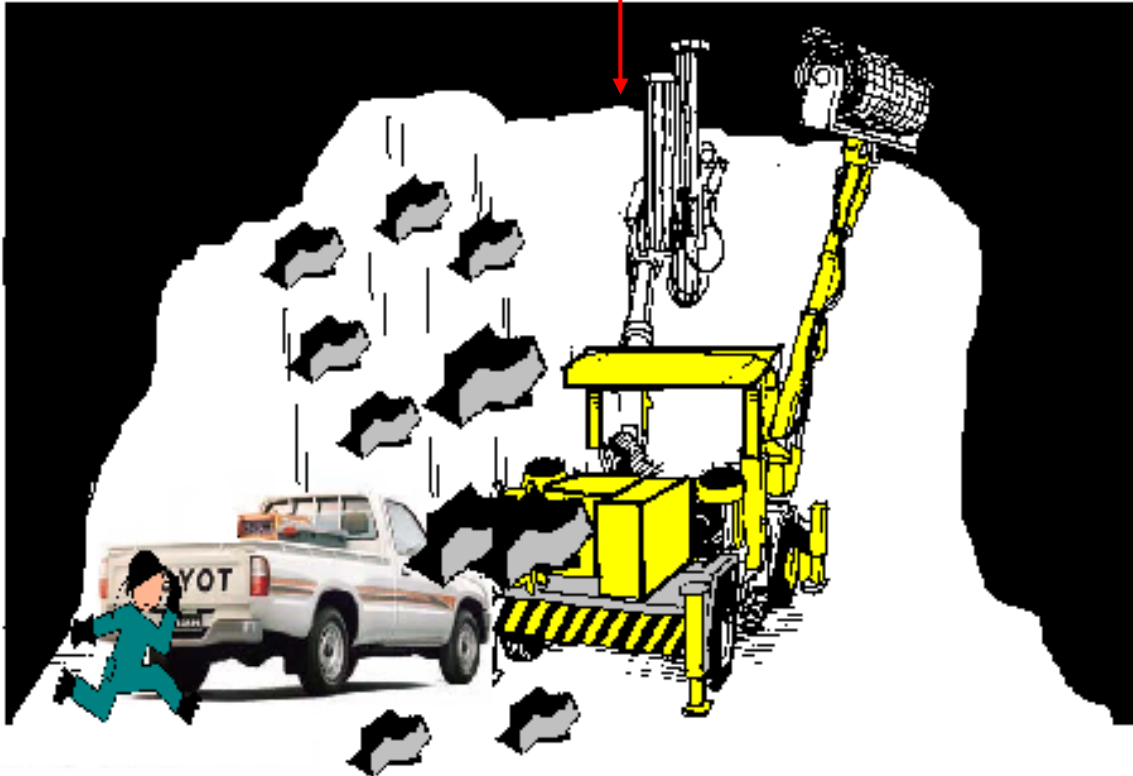
CAUSAS

- ↓ Acuñadura insuficiente y sin sostenimiento adecuado en el lugar elegido para hacer abastecimiento de petróleo a los equipos.
- ↓ Transportar equipo por lugar sin acuñar.
- ↓ Existencia de fallas importante en el techo de la galería formando cuñas o produciendo zonas de inestabilidad.

ACCIDENTE :29

Fecha : 22.12.2000 - Accidentado : 1 - Acumulado : 36

Vehículo es aplastado por desprendimiento de rocas el trabajador lesionado que dentro del vehículo



ACCIONES CORRECTIVAS Y/O EXPERIENCIAS NORMATIVAS

- 👍 Impedir el acceso al sector mientras no se acuñe y fortifique.
- 👍 Acuñar todo el sector donde se produjo el accidente, antes de re iniciar los trabajos en el lugar.
- 👍 Efectuar un completo control de acuñadura en las galerías de la mina. Hacer un estudio geomecánico de los sectores de la mina en explotación o desarrollo y determinar la fortificación recomendable.