

### ¿Qué pasó?

En actividades realizadas para el cierre de tapa del búnker de la válvula cheque del PK 40+420, trabajador es impactado en el rostro a la altura de la frente por la rotura (falla) de una cadena eslabonada la cual se estaba usando como elemento de sujeción entre diferencial (polipasto de cadena) unido a la tapa de la caja de inspección de la válvula de cheque. Tras el impacto recibido el trabajador sufre herida a la altura de la frente y se generan dos días de incapacidad.

### ¿Porqué pasó?

- **Liderazgo supervisión inadecuada: Dar políticas, procedimientos, prácticas o pautas de acción inadecuadas** – Instrucciones inadecuadas para el uso de equipos con condiciones subestándar. A pesar de que el Inspector de obra manifestó comunicar al residente de obra la condición subestándar de la cadena, sin embargo, no se aseguró la realización de pruebas de integridad o cambio de herramientas con el sustento de que las mismas habían sido utilizadas previamente en otras tareas sin presentar inconvenientes.
- **Evaluación deficiente de necesidades y riesgos** - Los líderes de la actividad no actuaron en concordancia con las premisas de parar, pensar, repensar y actuar. Parar, preguntar, en caso de tener dudas.
- **Falta de conocimiento de los equipos a utilizar** – Ejecutores y asegurar HSE desconocían que el polipasto de cadena no puede ser utilizado para el arrastre o tensión de cargas.

### ¿En qué podemos mejorar y construir?

- **Entrenamiento y conciencia:** Ejecución de talleres / Concientización/ disciplina operativa/ Manejo del cambio.
- **Liderazgo y Supervisión:** Liderar la actualización de procedimientos que incluyen tareas de manejo mecánico de cargas, asegurando validación de calidad y pertinencia de equipos a utilizar.

**Incidente:** 18 de mayo 2022 a las 15:30 horas.  
**Estación / Facilidad:** Línea Sur

### Foto del incidente:

