

| | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------------------|---------------------------|
| No: | | Empresa: | | Fecha: | |
| 1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA | | | 2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | | |
| Describa la tarea: | | | Manuales <input type="checkbox"/> _____ Eléctricas <input type="checkbox"/> _____ Neumáticas <input type="checkbox"/> _____ Hidráulicas <input type="checkbox"/> _____ Mecánicas <input type="checkbox"/> _____ Otras <input type="checkbox"/> _____ | | |
| Lugar de la tarea: | | | | | |
| Personas que elaboran el AST: | | | | | |
| 3. ANÁLISIS DEL TRABAJO | | | | | |
| Análisis del entorno y trabajo simultáneos en la misma área. | | Peligros existentes y potenciales (Identifique los peligros a los que estará expuesto, y lístelos del más severo al más leve) | Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente) | Controles Requeridos | Autorización Líder |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| Pasos detallados de la tarea (Describa paso a paso las actividades específicas) | | Peligros existentes y potenciales (Identifique los peligros a los que estará expuesto, y lístelos del más severo al más leve) | Consecuencias (Escriba lo que puede suceder si la tarea no se realiza adecuadamente) | Controles Requeridos | Autorización Líder |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> |

3.1 RESPONDA DE ACUERDO A LO ANALIZADO EN EL AST

EPP REQUERIDOS:

- Casco ☐
- Ropa de Seguridad ☐
- Protección Facial / Ojos ☐
- Protección Auditiva ☐
- Protección Respiratoria ☐
- Guantes de Seguridad ☐
- Protección Contra Caída ☐
- Otros: _____

PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO
REQUERIDAS:

- Permiso de Trabajo ☐
- Trabajo en Caliente ☐
- Excavación y Penetración ☐
- Aislamiento de Energías ☐
- Espacios Confinados ☐
- Izaje de Cargas ☐
- Trabajo en Alturas ☐
- Trabajo cerca de líneas eléctricas ☐
- Otros: _____

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. ¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ *Sí*, deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta.
- ☐ *No*, continúe con la tarea implementando todos los controles establecidos y validándolos con el Líder del Trabajo.

2. ¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☐ *Sí*, proceda con la tarea
- ☐ *No*, consulte al Líder del Trabajo antes de tomar cualquier decisión.

5. HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO

Nota: Cada Miembro del equipo debe firmar en cada turno

| Nombre | Firma | Fecha | Hora |
|--------|-------|-------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. OBSERVACIONES

7. REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL LÍDER DEL TRABAJO, SEGÚN LO ANTERIOR

1. ¿Está seguro que el plan de trabajo es apropiado para el riesgo?
2. ¿Está seguro que las personas tienen las competencias para completar la tarea?
3. ¿Está seguro que el equipo de trabajo tiene los Permisos requeridos?

| Sí | No |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo: _____ Fecha: _____