

Análisis Seguro de Trabajo (AST)

DOC
TS-SS11F3-E

Fecha Emisión
07-07-2016

Versión
1

No.:		Empresa:		Fecha:	
1. DESCRIPCIÓN DE LA TAREA			2. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Describa la tarea:			Manuales <input type="checkbox"/> _____		
Lugar de la tarea:			Eléctricas <input type="checkbox"/> _____		
Personas que elaboran el AST:			Neumáticas <input type="checkbox"/> _____		
			Hidráulicas <input type="checkbox"/> _____		
			Mecánicas <input type="checkbox"/> _____		
			Otras <input type="checkbox"/> _____		
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)		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)		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		4. EVALUACIÓN DEL RIESGO	
EPP REQUERIDOS: Casco <input type="checkbox"/> Ropa de Seguridad <input type="checkbox"/> Protección Facial / Ojos <input type="checkbox"/> Protección Auditiva <input type="checkbox"/> Protección Respiratoria <input type="checkbox"/> Guantes de Seguridad <input type="checkbox"/> Protección Contra Caída <input type="checkbox"/> Otros: _____		PERMISOS Y LISTAS DE CHEQUEO REQUERIDAS: Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo en Caliente <input type="checkbox"/> Excavación y Penetración <input type="checkbox"/> Aislamiento de Energías <input type="checkbox"/> Espacios Confinados <input type="checkbox"/> Izaje de Cargas <input type="checkbox"/> Trabajo en Alturas <input type="checkbox"/> Trabajo cerca de líneas eléctricas <input type="checkbox"/> Otros: _____	
1. ¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente? <input type="checkbox"/> <i>Si</i> , deténgase y no proceda con la Tarea. Analice con el Líder encargado el paso a paso, revisen controles adicionales y responda la siguiente pregunta. <input type="checkbox"/> <i>No</i> , 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? <input type="checkbox"/> <i>Si</i> , proceda con la tarea <input type="checkbox"/> <i>No</i> , 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. 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 tienen los Permisos requeridos?		Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre/Firma del Supervisor y/o Líder del Trabajo: _____ Fecha: _____			