



ANALISIS SEGURO DE TRABAJO (AST)

1. ANTECEDENTES	
EMPRESA:	
TAREA:	
AREA:	
NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE LIDERA LA EJECUCION DE LA TAREA:	
FECHA:	
HERRAMIENTAS, EQUIPOS, MATERIALES A EMPLEAR:	

PARA EL DESARROLLO DEL DOCUMENTO SE DEBEN VERIFICAR LAS CONDICIONES FISICAS, OPERACIONALES Y DEL ENTORNO

2. DESARROLLO DE LA TAREA			
(Paso a paso, como se realizará la tarea) DESCRIPCIÓN DE LA TAREA	¿Qué me puede causar daño? PELIGROS (Fuente, situación o acto que podría causar daño). Ejemplos: Cable eléctrico, altura física, herramienta fuera de estándar, exponerse bajo carga suspendida.	¿Qué me puede pasar? INCIDENTES (Evento resultado del contacto o acción del peligro). Ejemplos: Electrocutación, caída a distinto nivel, golpe, aplastamiento.	¿Qué debo hacer sobre el peligro, para no dañarme o provocar daño? CONTROLES (Acciones que permiten eliminar, aislar, modificar o sustituir los peligros para evitar el daño). Ejemplos: Bloqueo y verificación de energía, uso de arnés de seguridad, retiro de herramienta fuera de estándar, delimitación de área.

3. PARTICIPANTES EN LA EJECUCIÓN DE LA TAREA			4.- REVISADO POR (NOMBRE, CARGO Y FIRMA)
NOMBRE DEL TRABAJADOR	OCUPACIÓN	FIRMA	

SI SE PRESENTA ALGÚN CAMBIO EN LAS CONDICIONES FISICAS, OPERACIONALES O DEL ENTORNO, ESTE SE DEBE INCORPORAR EN LA AST.

MIEMBROS DE LA CUADRILLA ASIGNADOS EN LA TAREA

NOMBRE	¿OCURRIÓ UNA LESIÓN?	INICIALES POST ATS	NOMBRE	¿OCURRIÓ UNA LESIÓN?	INICIALES POST ATS
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

POST ATS

Supervisor/
Mando: _____ Fecha: _____ Hora: _____

¿Hoy alguien se lesionó, u ocurrió un incidente o (casi incidente)?: Si No

En caso de que Sí, explicarlo: _____

¿Se reportó el incidente al Departamento de Seguridad, Salud y Medio Ambiente? Si No

¿Qué cambios ocurrieron y cómo se tuvieron en cuenta esos cambios? _____

¿Qué podemos hacer para mejorar la seguridad, Salud y Medio Ambiente? _____

Preocupaciones/Riesgos: _____

VERIFICADORES

Jefe de área / Superintendente: _____

Departamento HSE: _____

Supervisor Directo: _____

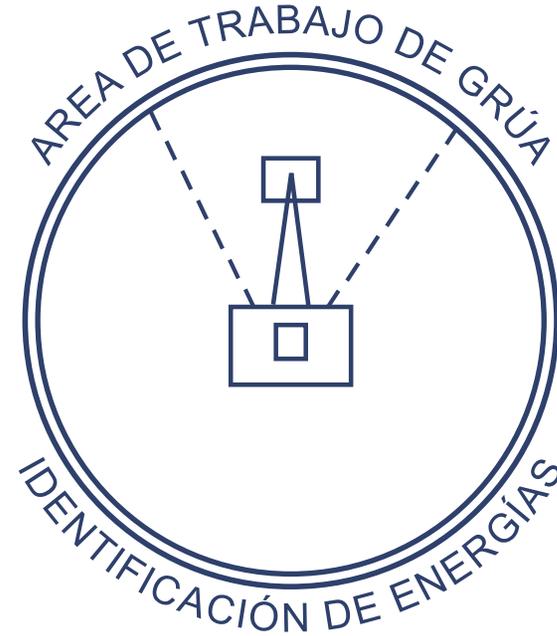
PARTICIPACION DE LA GERENCIA

¿Participó algún miembro de la Gerencia? Si No Sólo Revisando

Si un miembro de la Gerencia participó o revisó este ATS, rellene lo siguiente:

Nombre: _____ Hora: _____

Firma: _____



- ✓ Se debe coordinar con encargado del área que no existan personas en el perímetro de Izaje, de acuerdo a Reglamento izaje MLP.
- ✓ Si se realizan trabajos simultáneos o paralelos en el área se debe coordinar los trabajos con encargados de área y supervisor de izaje.
- ✓ No deben haber baños químicos en área de izaje.

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA

Número de teléfono/Canal de Emergencias: _____

Punto de Reunión: _____

Ubicación de Extintor; _____

Ubicación Módulo Lavajos: _____

Ubicación caseta Primeros Auxilios: _____

Otros: _____

Ubicación Dirección de la Brigada de Emergencia: _____

Devolver al Departamento HSE al terminar la tarea.