

| | | |
|---------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Empresa: | Terminal de Balboa | Jornada de trabajo (Diurno/Nocturno): |
| Departamento: | Fecha de inicio (dd /mm/aaaa): | Fecha de finalización (dd /mm/ aaaa): |

Descripción del trabajo a realizar y área específica de trabajo:

| N° | Nombre y Apellido de los trabajadores | Cédula | Firma |
|----|---------------------------------------|--------|-------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |

Equipos y Herramientas a Utilizar

| Equipos y Herramientas | Indique cada una de las herramientas y equipos a utilizar en el trabajo |
|-------------------------------------|---|
| Manuales <input type="checkbox"/> | |
| Eléctricas <input type="checkbox"/> | |
| Neumáticas <input type="checkbox"/> | |
| Mecánicas <input type="checkbox"/> | |
| Otras <input type="checkbox"/> | |

| N° | Actividad por Paso | Riesgos asociados a la tarea y área | Medidas o recomendaciones para controlar los riesgos |
|----|--------------------|-------------------------------------|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

Riesgos Potenciales

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Exposición a químicos <input type="checkbox"/> Atmósferas peligrosas <input type="checkbox"/> Espacio confinado. <input type="checkbox"/> Tropezones y/o caídas al mismo nivel <input type="checkbox"/> Caída desde altura | <input type="checkbox"/> Riesgo Biológico <input type="checkbox"/> Ruido <input type="checkbox"/> Incendio / explosión / fuentes de ignición <input type="checkbox"/> Quemaduras por superficies calientes <input type="checkbox"/> Derrames / contaminación | <input type="checkbox"/> Caída de objeto <input type="checkbox"/> Manipulación de cargas pesadas <input type="checkbox"/> Pinchazos, cortaduras <input type="checkbox"/> Maquinaria pesada <input type="checkbox"/> Riesgos eléctricos | <input type="checkbox"/> Exposición a calor / frío <input type="checkbox"/> Vibraciones <input type="checkbox"/> Machucones o atrapamientos <input type="checkbox"/> Proyección de partículas y/o esquirlas <input type="checkbox"/> Cambios de presión (buceo) |
|---|--|--|---|

Controles / Contingencias

Contacto Safety:

POB:6756-7436/hse@apmterminalsbalboa.com

| <input type="checkbox"/> Barreras físicas | <input type="checkbox"/> Bloqueo y etiquetado | <input type="checkbox"/> Protección contra caídas | <input type="checkbox"/> Procedimiento de evacuación |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Control de fuentes de ignición / Extintor | <input type="checkbox"/> Permiso trabajo de riesgo | <input type="checkbox"/> Monitoreo continuo de atmosfera | <input type="checkbox"/> Duchas y estaciones lavaojos |
| <input type="checkbox"/> Hoja de seguridad de materiales (MSDS) | <input type="checkbox"/> Supervisión permanente | <input type="checkbox"/> Plan de control de derrames | <input type="checkbox"/> Delimitar o aislar áreas de trabajo |
| Equipo de Protección Personal | | | |
| <input type="checkbox"/> Casco | <input type="checkbox"/> Guantes de seguridad | <input type="checkbox"/> Respirador o máscara con filtro | <input type="checkbox"/> Protección auditiva |
| <input type="checkbox"/> Botas de seguridad | Tipo: _____ | Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Traje impermeable |
| <input type="checkbox"/> Gafas de seguridad o protección facial | <input type="checkbox"/> Traje o delantal para químicos | <input type="checkbox"/> Tanques de buceo | <input type="checkbox"/> Careta para soldar |
| <input type="checkbox"/> Chaleco o uniforme reflectivo | <input type="checkbox"/> Arnés de cuerpo entero | <input type="checkbox"/> Overol retardante al fuego | <input type="checkbox"/> Peto, polainas y mangas para soldar |
| <input type="checkbox"/> Tanque de respiración autónoma SCBA | <input type="checkbox"/> Línea de vida estática | <input type="checkbox"/> Chaleco salvavidas | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Evaluación del Riesgo

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

Sí, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y conteste la siguiente pregunta.

No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos

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

Sí, proceda con la tarea. No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Contactos en caso de emergencia

¿Está afiliado a algún servicio privado de emergencia?

Sí, Detallar contactos de emergencia de servicio privado o Público.

No, Otros contactos.

ATS Aprobado por contratista:

| | | |
|---------------------|--------|--------|
| Nombre: | Cargo: | Firma: |
| Numero de contacto | | |
| Correo electrónico: | | |

ATS Aprobado por Seguridad Industrial:

| | | |
|--------------|--------|--------|
| Nombre: | Cargo: | Firma: |
| Comentarios: | | |