

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:6054-9193/hse@apmterminalsbalboa.com



## Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Ambiente Análisis de Trabajo Seguro

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

<b>Evaluación del Riesgo</b>
¿Es posible, probable o casi seguro que ocurra un incidente?
<input type="checkbox"/> Sí, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y conteste la siguiente pregunta. <input type="checkbox"/> No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos
¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?
<input type="checkbox"/> Sí, proceda con la tarea. <input type="checkbox"/> No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

<b>Contactos en caso de emergencia</b>
¿Está afiliado a algún servicio privado de emergencia?
<input type="checkbox"/> Sí. Detallar contactos de emergencia de servicio privado o Público.  <input type="checkbox"/> No. Otros contactos.

<b>ATS Aprobado por contratista:</b>		
Nombre:	Cargo:	Firma:
Numero de contacto		
Correo electrónico:		
<b>ATS Aprobado por Seguridad Industrial:</b>		
Nombre:	Cargo:	Firma:
Comentarios:		