



ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S.)

FECHA: / /

I. INFORMACIÓN GENERAL

DIRECCIÓN ZONAL/CFP/UFP/ÁREA:
SEMESTRE / PERIODO:
MÓDULO FORMATIVO / CURSO:
PROYECTO / TAREA / ACTIVIDAD:
INSTRUCTOR / COLABORADOR RESPONSABLE:

- Repaso de preguntas antes de iniciar una tarea:
1. ¿Qué tengo que hacer?
 2. ¿Cómo lo voy a hacer?
 3. ¿Qué necesito para hacerlo?
 4. ¿Es posible que me pueda accidentar?
 5. ¿Qué haré para evitarlo?

II. TRABAJOS DEFINIDOS DE ALTO RIESGO. Ud. Deberá solicitar autorización para su realización

1. Trabajo en altura (mayor a 1.8 mt). <input type="checkbox"/>	3. Trabajos de izaje y montaje de estructuras. <input type="checkbox"/>	5. Trabajos en subestaciones eléctricas. <input type="checkbox"/>
2. Trabajos en espacios confinados. <input type="checkbox"/>	4. Trabajos en caliente, corte, soldadura u otros que generan chispas. <input type="checkbox"/>	6. Trabajos con materiales peligrosos. <input type="checkbox"/>

III. ANÁLISIS DE RIESGOS**A) EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - USO OBLIGATORIO (Marca con una "X").**

Protección Ocular	Protección Auditiva	Guantes de Seguridad	Guantes aislantes	Botas Aislantes	Botas de Seguridad	Ropa de Trabajo	Casco de protección	Mascarilla	Máscara para Soldar

C) MAQUINARIAS, EQUIPOS Y HERRAMIENTAS (a utilizar)**B) ADVERTENCIA (Marca con una "X")**

Riesgo Auditivo	Soldadura	Riesgo Eléctrico	Atrapamiento de Mnaos	Caída de Objetos	Piso resbaladizo	Riesgo de Explosión	Peligro Inflamable	Cuidado gas Comprimido	Riesgo de Accidentes

D) ACTIVIDADES A REALIZAR

N°	Tarea / Actividad Operativa	Identificar Peligro	Riesgo	Medidas de control
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

IV. LISTA DE PARTICIPANTES QUE INTERVIENEN EN LA EJECUCIÓN DE LA TAREA

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			

V. REPORTE DE INCIDENTES:

Información importante que puede evitar accidentes.
 ¿Se identificaron incidentes durante la jornada de trabajo?
 SI NO

De ser afirmativo generar el reporte de incidente y entregar al Jefe o Superior.

INCIDENTE	REPORTADO POR:

VI. MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS

	Peligrosos	<input type="checkbox"/>
	No reprovechables	<input type="checkbox"/>
	Varios Aprovechables (vidrio, otros)	<input type="checkbox"/>
	Plásticos	<input type="checkbox"/>
	Papel y Cartón	<input type="checkbox"/>
	Metal	<input type="checkbox"/>
	Orgánicos	<input type="checkbox"/>

Otros (Especificar):

Descripción de la eliminación de residuos sólidos:

Nombre/Apellido y firma del Instructor / Colaborador Responsable de la tarea operativa