AC Electro mantenimiento	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS), ANALISIS DE PELIGRO POR ACTIVIDAD (APA)	CODIGO:	F-SST-28
		VERSIÓN:	1
		FECHA.	15/4/2024

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Obra / Área:		Revisión No.		No. Permiso de Trabajo	
Ejecutor del Trabajo (Nombre del Contratista):		Fecha de Elaboración:	DIA	MES	AÑO

INSTRUCCIONES

1. Indicar la actividad a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS y APA.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de SST en la Obra, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El inspector SST con la información recolectada en el ATS y APA, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Para actividades rutinarias y que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente. Para actividades no rutinarias o que se demoren solo un día, se debe diligenciar un ATS específico.

ACTIVIDAD A REALIZAR:		FECHA INICIO			FECHA FINAL		
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
DESCRIPCION DEL TRABAJO:		HORA DE INICIO:			HORA FINAL:		
		HH:MM			HH:MM		

SELECCIONE SI REQUIERE PERMISO ASOCIADO

Instrucciones: SI (Aplica) - NA (No aplica)

	TRABAJO EN ALTURAS	☐	ESPACIO CONFINADO	☐	OTRO, CUAL ?	☐
	TRABAJO EN CALIENTE	☐	SUSTANCIAS QUIMICAS	☐		
	ENERGÍAS PELIGROSAS	☐				

	IDENTIFICACIÓN DE CAMBIOS EN EL ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
A	¿Se usaran nuevas herramientas, diferentes técnicas u otros procedimientos para realizar el trabajo ?				
B	¿Se requieren tareas adicionales ?				
C	¿El área de trabajo presenta condiciones diferentes a las contempladas en el Procedimiento de Trabajo (si este existe) y en este Análisis de Riesgos ?				
D	¿Las condiciones de trabajo generan riesgos adicionales a los indicados en este Análisis de Riesgos ?				
E	¿Existen condiciones atmosféricas adversas (fuertes vientos, tormentas eléctricas, lluvias, entre otras ?)				

HERRAMIENTAS, ELEMENTOS O EQUIPOS A UTILIZAR

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS / RIESGOS ASOCIADOS A LOS CAMBIOS DETECTADOS

No.	SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento de tareas)	PELIGROS O RIESGOS (Descripción)		CONSECUENCIAS		CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos y Correctivos)
1		☐	**Biológico:**	☐	Dermatosis, reacciones alérgicas, enfermedades infecto contagiosas, alteraciones en los diferente sistemas, muerte.	
2		☐	Microorganismo: bacterias, virus, hongos			
3		☐	Macroorganismo: insectos, roedores y otros			
4		☐	**Biomecánico:**	☐	Desórdenes musculo esqueléticos: Fatiga, alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y sacras; alteraciones del sistema básculas.	
5		☐	Posturas dinámicas, estáticas.			
1		☐	**Eléctrico:**	☐	Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilación ventricular, tetanización, quemaduras dorsales, cervicales y sacras; severas, shock eléctrico y hasta la muerte.	
2		☐	Energía eléctrica de baja, media y alta tensión.			
3		☐	Energía estática.			
4		☐	**Físico:**			
5		☐	Iluminación			
1		☐	Radiaciones ionizantes.	☐	Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad de visión.	
2		☐	No ionizantes			
3		☐	Ruido			
4		☐	Temperatura	☐	Por alta presión atmosférica: Baro trauma embolia cerebral y síndrome de descompresión. Por baja presión atmosférica: Fatiga, pecho comprimido, dolor abdominal, dolor en oídos, edema cerebral, síndrome de descompresión, asfixia e hipoxia.	
5		☐	Vibraciones			
1		☐	**Locativo -** infraestructura			
2		☐	Mecánico	☐		
3		☐	Psicosocial			
4		☐	Público			
5		☐	Químico	☐	Alteraciones de la piel, deshidratación	
1		☐	Trabajo en Alturas	☐	Pérdida de la audición	
2		☐	Trabajo en Caliente	☐	Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones	
3		☐	Trabajo con energías peligrosa	☐	Quemaduras, amputaciones	
4				☐	Estrés, ansiedad y depresión	
5		☐	Trabajo en Confinados	☐	Agresiones verbales y físicas	

1		☐ Otros ¿Cuál?	☐	Cefaleas, falta de coordinación, náuseas, vómitos, irritación de vías respiratorias, ojos, piel	
2				tracto gastrointestinal	
3			☐	Otros ¿Cuáles?	
4					

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS Y DE ACCESO

ITEM	ELEMENTO	SI	NO	N/A	ITEM	ELEMENTO	SI	NO	N/A	ITEM	ELEMENTO	SI	NO	N/A	ITEM	ELEMENTO	SI	NO	N/A
1	CASCO				6	CARETA				11	ARRESTADOR				16	TRIPODE			
2	DOTACION				7	TAPAOIDOS				12	DESCENDEDOR				17	OTRO(S): ¿CUAL(ES)?			
3	BOTAS DE SEGURIDAD				8	TAPABOCAS				13	ANDAMIO CERTIFICADO				18				
4	GUANTES				9	ARNES CON ESLINGA				14	ANDAMIO SUSPENDIDO				19				
5	MONOGAFAS				10	LINEA DE VIDA				15	ESCALERAS				20				

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS Y APA

No.	NOMBRES COMPLETOS	C.C.	CARGO	FIRMAS						
				LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

PLAN DE EMERGENCIA Y CONTIGENCIA

A	Se cuenta con un plan de rescate?	SI	E	Extintor	SI
B	Se cuenta el personal de brigada disponible?	SI	F	Botiquín	SI
C	Se se ralizado inspección del equipos de rescate?	SI	G	Camilla	SI
D	Se divulga procedimiento de evacuación?	SI	H	Kit anti derrame	NA

EVALUACIÓN DEL RIESGO

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

	Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso y revise controles.
Si	No, continue con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

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

Si	Si, proceda con la tarea.
	No, Consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

VISTO BUENO DE ENCARGADO DE SST O RESIDENTE EN LA OBRA

No.	NOMBRES COMPLETOS	C.C.	CARGO	FIRMAS						
				LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1										
2										
3										
4										

RESIDENTE O SUPERVISOR	
NOMBRES Y APELLIDOS	
No. DE IDENTIDAD	
FIRMA	

COORDINADOR EN ALTURAS	
NOMBRES Y APELLIDOS	Luisa Fernanda Garcia Meneses
No. DE IDENTIDAD	1037392269
FIRMA	

SUPERVISOR ESPACIO CONFINADOS	
NOMBRES Y APELLIDOS	
No. DE IDENTIDAD	
FIRMA	