

Comprendo que soy responsable de cumplir con lo indicado en el análisis de trabajo seguro realizado para esta actividad.																							
Personal involucrado				Cargo				Código				Firma											
1																							
3																							
5																							
7																							
9																							
11																							
Cuidado de Manos.				Área de trabajo				PETAR				EPP				Herramientas y Equipos				Orden y Limpieza			
		Si	No			Si	No			Si	No			Si	No			Si	No			Si	No
Superficies calientes				Extintor				Altura				Casco				Estandarizados				Pasadizos libres			
Superficies filosas				Botiquín				Esp. Confinado				Lentes de seguridad				En perfecto estado				Tachos de basura			
Superficies Punzantes				Señalización				Excavación				Tapón de oídos				Cinta de inspección				Área limpia			
Puntos de pellizco				Delimitación				Izaje				Respirador				Adecuados				Herramientas en su lugar			
puntos atrapamiento				Punto de reunión				Fuentes radiactivas				Ropa de trabajo								Equipos bien ubicados			
Productos químicos				Lavajos				Voladura				Guantes											
Energía eléctrica				Caja de agua				Perforación				Arnés											
												Caretas											
												Botas de caucho											
Andamios				Izajes de cargas				Sustancias químicas				Escaleras				Manejo de vehículos				Emergencias			
		Si	No			Si	No			Si	No			Si	No			Si	No	<b>Centro de comunicaciones Control 911</b> -Diga "esta llamada es una emergencia" e identifiquese. -Indique el tipo de emergencia -Indique su ubicación.			
Estandarizados				Plan de izaje				Hojas MSDS				Buenos peldaños				Conductor descansado							
Horizontalidad				Rigger certificado				Bandejas antiderrame				Escalera adecuada				Check List							
Verticalidad				Eslingas				Extintores cercanos				uso de arnés				Extintor							
Tarjeta de operación				Grilletes				Kit antiderrame				Escalera con inspección				Botiquín							
Check List				check List Grúa				Ventilación				Buenos apoyos				Cinturón de seguridad							
Rodapiés												inclinación correcta				Permiso interno							
Herramientas atadas																							
POS ASIGNACIÓN DE TAREA SEGURA																							
Nombres Apellidos Supervisor cierre de ATS:																							
Fecha y hora de cierre de ATS:																Firma del supervisor							
1. ¿Alguien se lesiono o hubo daños materiales en la tarea de hoy u ocurrió un incidente no previsto												Si .....		No..... (si es Si explique)									
2. ¿Se reporto al área de Seguridad Salud de la empresa? Si..... No ..... NA.....																							
3. ¿Hubo algún problema con la tarea asignada?																							
4. ¿Qué podemos hacer para mañana para mejorar la tarea?																							
5. Otras precauciones:																							
"SOY RESPONSABLE DE MI SEGURIDAD Y LA DE MIS COMPANEROS"																							