

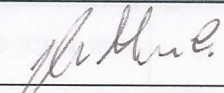
18 de octubre. 2022.

John 4

SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO DE ASISTENCIA

FECHA: HORA DE INICIO 7:04 AM HORA FINALIZACIÓN 7:13 AMTIPO CAPACITACIÓN ☒ REUNION ☐TEMA DE CAPACITACIÓN socialización del Analisis de Trabajo Seguro.

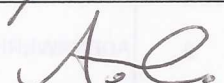
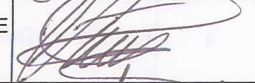
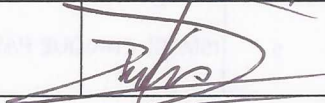
No.	NOMBRE	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	JOHN JAROL CARBRERA BERMEO	1075211782	MAESTRO OBRA DE	
2	ADENAWERH CABRERA BERMEO	1075261854	AYUDANTE OBRA DE	
3	JUAN PABLO BRAVO MONJE	1105688337	OFICIAL DE OBRA	
4	CRISTIAN TOMAS HERNÁNDEZ LÓPEZ	1092816606	AYUDANTE OBRA DE	
5	ISMAEL ENRIQUE PASTRANA ARDILA	83225095	INGENIERO AUXILIAR	

SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO DE ASISTENCIA

19 de octubre.

FECHA: HORA DE INICIO ☐ 7:02 ☐ HORA FINALIZACIÓN 7:15TIPO CAPACITACIÓN ☒ REUNION ☐TEMA DE CAPACITACIÓN importancia de usar las epp correspondientes a lo

No.	NOMBRE	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	JOHN JAROL CARBRERA BERMEO	1075211782	MAESTRO OBRA DE	
2	ADENAWERH CABRERA BERMEO	1075261854	AYUDANTE OBRA DE	
3	JUAN PABLO BRAVO MONJE	1105688337	OFICIAL DE OBRA	
4	CRISTIAN TOMAS HERNÁNDEZ LÓPEZ	1092816606	AYUDANTE OBRA DE	
5	ISMAEL ENRIQUE PASTRANA ARDILA	83225095	INGENIERO AUXILIAR	

20 de octubre 2022

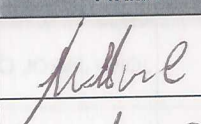
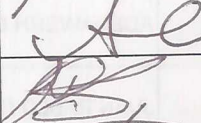
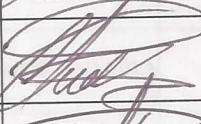
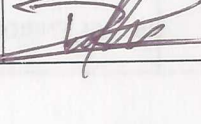
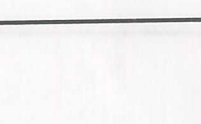
SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO DE ASISTENCIA

FECHA: HORA DE INICIO 7:10 AM HORA FINALIZACIÓN 7:20pm

TIPO CAPACITACIÓN ☒ REUNION ☐

TEMA DE CAPACITACIÓN Prevención de las Lesiones de Columna epp.

No.	NOMBRE	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	JOHN JAROL CARBRERA BERMEO	1075211782	MAESTRO OBRA DE	
2	ADENAWERH CABRERA BERMEO	1075261854	AYUDANTE OBRA DE	
3	JUAN PABLO BRAVO MONJE	1105688337	OFICIAL DE OBRA	
4	CRISTIAN TOMAS HERNÁNDEZ LÓPEZ	1092816606	AYUDANTE OBRA DE	
5	ISMAEL ENRIQUE PASTRANA ARDILA	83225095	INGENIERO AUXILIAR	

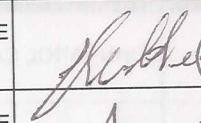
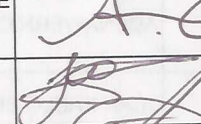
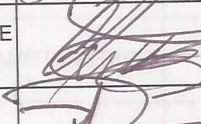
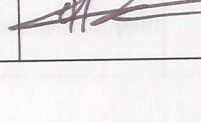
SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO DE ASISTENCIA

FECHA: HORA DE INICIO ☐ ☐ HORA FINALIZACIÓN ☐

TIPO CAPACITACIÓN ☒ REUNION ☐

TEMA DE CAPACITACIÓN Prevención de las Lesiones de Columna

No.	NOMBRE	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	JOHN JAROL CARBRERA BERMEO	1075211782	MAESTRO OBRA DE	
2	ADENAWERH CABRERA BERMEO	1075261854	AYUDANTE OBRA DE	
3	JUAN PABLO BRAVO MONJE	1105688337	OFICIAL DE OBRA	
4	CRISTIAN TOMAS HERNÁNDEZ LÓPEZ	1092816606	AYUDANTE OBRA DE	
5	ISMAEL ENRIQUE PASTRANA ARDILA	83225095	INGENIERO AUXILIAR	

PAIMON
AGUIRRE

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)

SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EMPRESA

CONTRATISTA (RAZÓN SOCIAL):	FECHA DE EMISIÓN: 18/10/22	R.U.C:
OBRA/ LUGAR: SENA Complejo Central	INGENIERO RESPONSABLE:	
TAREA/ACTIVIDAD/ TRABAJO: Adecuaciones	VALIDO DESDE: 18/10/22	VALIDO HASTA: 23/10/22
TAREA RUTINARIA ☐ NO RUTINARIA ☒	HORA DE INICIO: 7:00 AM	HORA DE TERMINACIÓN: HH:MM

1. ANÁLISIS DEL ENTORNO- TAREAS SIMULTANEAS- IDENTIFIQUE LOS PELIGROS, RIESGOS DEL ENTORNO, sus potenciales consecuencias y aplique los controles hasta que las condiciones sean las apropiadas para el desarrollar la tarea.

PELIGROS DEL ENTORNO	CONSECUENCIAS	RIESGO			MEDIDA PREVENTIVA
		BAJO	MEDIO	ALTO	
Riesgo biologico	enfermedad general	X			uso de tapabocas en caso de síntomas.
2. ANÁLISIS DE LA TAREA PRINCIPAL		Bajo	Medio	Alto	
Lista de actividades principales DE LA TAREA	PELIGRO				MEDIDA PREVENTIVA
Instalación de Cleo rozo	caída a nivel de escalera.	X			Buena adecuación de la escalera.
Estucado	cortaduras.	X			Buena implementación de epp.
Adecuación de Muros	cortadura con latas.	X			uso adecuado de epp.
Adecuación de instalaciones electricas.	riesgo electrico		X		Realizar tarea persona profesional, capacitada. haciendo uso de los epp.

HERRAMIENTAS/MATERIALES:

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	
SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
EMPRESA	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:		VALORACIÓN DEL RIESGO:	
Ojos: <i>monogafas</i>	Rostro:	Las consecuencias, que se generarían si el peligro se manifiesta son:	
Oídos: <i>Tapacabras</i>	Nasal: <i>Tapabocas</i>	BAJO	No causa daño o solo puede producir lesiones leves- continua sus labores
Manos: <i>guantes</i>	Brazos:	MEDIO	Incapacidad temporal – No continua sus labores
Piernas: <i>Botas de Seguridad</i>	Cuerpo:	ALTO	Incapacidad permanente parcial-total o muerte

Tipo de capacitación que requiere (marque con una X)

Charla de Inducción: ☒ Entrenamiento Especializado: ☐ Re inducción: ☐

3. Este Análisis de Riesgo lo he (hemos) hecho a conciencia.
 ¿Todos los controles los hemos implementado? SI ☒ NO ☐

4. La tarea involucra algún riesgo potencial de FATALIDAD SI ☐ NO ☒

Trabajo en alturas: Trabajo en caliente: Trabajo en espacios confinados: Trabajo eléctrico: Trabajo en izaje de cargas:

OBSERVACIONES:

PARTICIPANTES DEL ATS		
NOMBRE	CEDULA	FIRMA
<i>Yuliana Caro Gaviria</i>	<i>1001390682</i>	<i>[Firma]</i>
<i>John Cabrera</i>	<i>1075211782</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Juan Pablo Bravo</i>	<i>1105688337</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Adonawakh Cabrera Bermeo</i>	<i>1075261854</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Cristian Thomas Hernandez</i>	<i>1092916606</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Ismael Enrique Pastora N</i>	<i>83225091</i>	<i>[Firma]</i>

APROBADO POR:

FIRMA DE LA ANALISTA SST: *1001390682* *[Firma]*

FIRMA DEL INGENIERO RESPONSABLE: *[Firma]*

AGUIRRE		INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL PULIDORA										Versión: 01 Pagina: 01 de 01	
LUGAR: <u>Sena Complejo Central</u>										UBICACIÓN: <u>Torre sur primer piso</u>			
TAREA REALIZADA POR:					TAREA REALIZADA POR CONTRATISTAS: ¿SI NO CUÁL?:								
SEMANA DEL <u>18</u> AL <u>23</u>					FECHA DE INICIO: <u>18/10/22</u>								
DETALLES DE LA PULIDORA			MARCA: <u>Pewalt</u>			SERIAL:			REFERENCIA: <u>028496M</u>				

CONVENCIONES		SI: CUMPLE												NO: NO CUMPLE												N/A: NO APLICA											
		LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO																	
ÍTEM	PARÁMETRO PARA REVISAR	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A															
EQUIPO	¿ Tanto el mango de agarre como el mango auxiliar están en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ El interruptor se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ El cable de alimentación eléctrica se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ La carcasa se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ Cuenta con guarda de seguridad y esta se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ El disco utilizado es el apropiado para la actividad?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ La llave para ajustar el disco se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ En general la pulidora se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓																				
CONDICIONES DE SEGURIDAD	¿ Se verificó que el operario este libre de: accesorios, ropa suelta y otros elementos que pueden ser atrapados por las partes móviles?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ El operario delimita, aísla o demarca el área de trabajo para que ninguna persona este cerca a la operación que se esta realizando?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ El área de trabajo se encuentra libre de materiales peligrosos e inflamables?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de material particulado?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ El operario esta capacitado para el uso de la herramienta?				✓			✓			✓			✓			✓																				
EPP	¿ El personal cuenta con ropa adecuada para realizar la actividad?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ El personal cuenta con el tapabocas o mascarilla con filtro?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ El personal cuenta con los guantes adecuados para la actividad?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ El personal cuenta con protección auditiva?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ Se cuenta con careta o monogafas de seguridad según la actividad?				✓			✓			✓			✓			✓																				
	¿ Los elementos de protección personal se encuentran en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓																				

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA DE CHEQUEO Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FIRMAS	Firma del encargado de la actividad	QUE ES SEGURO						
		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	Vo. Bo. ÁREA SST							

OBSERVACIONES GENERALES DE CONDICIONES Y PROCESOS:

LUGAR: <u>Sera complejo Central</u>	UBICACIÓN: <u>torre sur 1 piso</u>
TAREA REALIZADA POR:	TAREA REALIZADA POR CONTRATISTAS: ¿SI NO CUÁL?:
SEMANA DEL <u>18</u> AL <u>23</u>	FECHA DE INICIO: <u>18/10/22</u>
DETALLES DEL TALADRO	MARCA: <u>Makita</u> SERIAL: <u>14P1630</u> REFERENCIA: <u>00560855</u>

CONVENCIONES		SI: CUMPLE			NO: NO CUMPLE			N/A: NO APLICA		
ÍTEM	PARÁMETRO PARA REVISAR	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES		
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
EQUIPO	¿Los accesorios están acoplados adecuadamente?				✓			✓		
	¿El mango o empuñadura se encuentra en buen estado?				✓			✓		
	¿Cuenta con mango de fuerza y este se encuentra en buen estado?				✓			✓		
	¿El interruptor de encendido y apagado está en buen estado?				✓			✓		
	¿El gatillo está en buen estado?				✓			✓		
	¿Tanto el porta brocas (o mandril) como las brocas están en buen estado?				✓			✓		
	¿El botón inalámbrico de avance y retroceso está en buen estado (selector de giro)?				✓			✓		
	¿La luz led está en buen estado?				✓			✓		
	¿La llave se encuentra en buen estado?				✓			✓		
	¿El selector de percusión está en buen estado?				✓			✓		
	¿La parte eléctrica está en buen estado (cableado)?				✓			✓		
CONDICIONES DE SEGURIDAD	En general el taladro se encuentra en buen estado (ausencia de fisuras, rupturas, daños en la carcasa, deterioro...)				✓			✓		
	¿Se verifica la inserción de la broca?				✓			✓		
	¿El (los) operario (s) se encuentra en adecuadas condiciones físicas y mentales?				✓			✓		
	¿El área de trabajo cuenta con una buena iluminación?				✓			✓		
EPP	¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de material particulado?				✓			✓		
	¿El personal cuenta con el casco y barbuquejo según la zona de la actividad?				✓			✓		
	¿El personal cuenta con protección visual/facial?				✓			✓		
	¿El personal cuenta con la protección auditiva adecuada para la actividad?				✓			✓		
	¿El personal cuenta la protección respiratoria adecuada?				✓			✓		
	¿El personal cuenta con ropa adecuada para realizar la actividad?				✓			✓		
	¿Los elementos de protección personal se encuentran en buen estado?				✓			✓		

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA DE CHEQUEO Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FIRMAS	Firma del encargado de la actividad	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOM
	Vo. Bo. ÁREA SST							

OBSERVACIONES GENERALES DE CONDICIONES Y PROCESOS:

LUGAR: <u>Sena Complejo Central</u>		UBICACIÓN: <u>Torre sur 1 Pso</u>	
TAREA REALIZADA POR:		TAREA REALIZADA POR CONTRATISTAS: ¿SI NO CUÁL?:	
SEMANA DEL <u>18</u> AL <u>23</u>		FECHA DE INICIO: <u>18/10/2022</u>	
DETALLES DEL TALADRO		MARCA: <u>Dewalt</u>	SERIAL:
		REFERENCIA: <u>Percutor</u>	

CONVENCIONES				SI: CUMPLE									NO: NO CUMPLE									N/A: NO APLICA								
ÍTE M	PARÁMETRO PARA REVISAR	LUNES FESTIVO			MARTES			MIÉRCOLE S			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO										
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A								
EQUIPO	¿Los accesorios están acoplados adecuadamente?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El mango o empuñadura se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿Cuenta con mango de fuerza y este se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El interruptor de encendido y apagado está en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El gatillo está en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿Tanto el porta brocas (o mandril) como las brocas están en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El botón inalámbrico de avance y retroceso está en buen estado (selector de giro)?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿La luz led está en buen estado?						✓			✓			✓			✓			✓											
	¿La llave se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓			✓										
	¿El selector de percusión está en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓			✓										
CONDICIONES DE SEGURIDAD	¿La parte eléctrica está en buen estado (cableado)?				✓			✓			✓			✓			✓													
	En general el taladro se encuentra en buen estado (ausencia de fisuras, rupturas, daños en la carcasa, deterioro...)				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿Se verifica la inserción de la broca?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El (los) operario (s) se encuentra en adecuadas condiciones físicas y mentales?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El área de trabajo cuenta con una buena iluminación?				✓			✓			✓			✓			✓													
EPP	¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de material particulado?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El personal cuenta con el casco y barbuquejo según la zona de la actividad?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El personal cuenta con protección visual/facial?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El personal cuenta con la protección auditiva adecuada para la actividad?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El personal cuenta la protección respiratoria adecuada?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿El personal cuenta con ropa adecuada para realizar la actividad?				✓			✓			✓			✓			✓													
	¿Los elementos de protección personal se encuentran en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓													

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA DE CHEQUEO Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FIRMAS	Firma del encargado de la actividad	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
			<i>te</i>	<i>te</i>	<i>te</i>	<i>te</i>	<i>te</i>	
	Vo. Bo. ÁREA SST		<i>te</i>	<i>te</i>	<i>te</i>	<i>te</i>	<i>te</i>	

OBSERVACIONES GENERALES DE CONDICIONES Y PROCESOS:

LUGAR: SENA Complejo Gertral	UBICACIÓN: Torresur 1 Piso
TAREA REALIZADA POR:	TAREA REALIZADA POR CONTRATISTAS: ¿SI NO CUÁL?:
SEMANA DEL 18 AL 23	FECHA DE INICIO: 18/10/22
DETALLES DEL TALADRO	MARCA: Dewalt
SERIAL:	REFERENCIA: Inalámbrico

CONVENCIONES				SI: CUMPLE			NO: NO CUMPLE			N/A: NO APLICA													
ÍTE M	PARÁMETRO PARA REVISAR	LUNES FESTIVO			MARTES			MIÉRCOLE S			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO			
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
EQUIPO	¿Los accesorios están acoplados adecuadamente?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El mango o empuñadura se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿Cuenta con mango de fuerza y este se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El interruptor de encendido y apagado está en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El gatillo está en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿Tanto el porta brocas (o mandril) como las brocas están en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El botón inalámbrico de avance y retroceso está en buen estado (selector de giro)?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿La luz led está en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿La llave se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El selector de percusión está en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿La parte eléctrica está en buen estado (cableado)?				✓			✓			✓			✓			✓						
CONDICIONES DE SEGURIDAD	En general el taladro se encuentra en buen estado (ausencia de fisuras, rupturas, daños en la carcasa, deterioro...)				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿Se verifica la inserción de la broca?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El (los) operario (s) se encuentra en adecuadas condiciones físicas y mentales?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El área de trabajo cuenta con una buena iluminación?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de material particulado?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El personal cuenta con el casco y barbuquejo según la zona de la actividad?				✓			✓			✓			✓			✓						
EPP	¿El personal cuenta con protección visual/facial?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El personal cuenta con la protección auditiva adecuada para la actividad?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El personal cuenta la protección respiratoria adecuada?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿El personal cuenta con ropa adecuada para realizar la actividad?				✓			✓			✓			✓			✓						
	¿Los elementos de protección personal se encuentran en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓						

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA DE CHEQUEO Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FIRMAS	Firma del encargado de la actividad	LUNES	MARTES	MIÉRCOLE S	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	Vo. Bo. ÁREA SST							

OBSERVACIONES GENERALES DE CONDICIONES Y PROCESOS: