SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	F-SGSST-32 D	
INSPECCIÓN PARA PULIDORA	**Versión**	**Fecha**
	3	**31/10/2019**

OBRA:	**2240100**	**PERIODO DE INSPECCIÓN:**	**Del 18/ al 23 de noviembre del 2024**
ACTIVIDAD:	**CORTES DE ENCHAPE**		
UBICACIÓN:			

	DESCRIPCIÓN	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO	
		18/11/2024		19/11/2024		20/11/2024		21/11/2024		22/11/2024		23/11/2024	
	PARTE ELECTRICA	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**
1	Se encuentra en buen estado el cable y la clavija	X		X		X		X		X		X	
2	El boton de encendido optura bien.	X		X		X		X		X		X	
3	El boton de avance continuo no esta roto	X		X		X		X		X		X	
	ESTADO DE PARTES GENERALES	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**
4	La carcaza no tiene fisuras.	X		X		X		X		X		X	
5	Lleva la guarda de seguridad		X		X		X		X		X		X
6	El disco no se encuentra fisurado ni roto	X		X		X		X		X		X	
7	tiene la manija de sujetación	X		X		X		X		X		X	
8	se cuenta con la tuerca de seguridad	X		X		X		X		X		X	
	USO DE EPP APROPIADOS	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	**M**	**B**	M
9	Se esta usando los EPP para el uso.	X		X		X		X		X		X	
10	Se esta usando la Careta de proteccion.		X		X		X		X		X		X
11	Se cuenta con una plataforma para el uso.		X		X		X		X		X		X
	FIRMA DEL OPERARIO												

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

INFORMACION DE PERSONAL QUE OPERA LA HERRAMIENTA

Manifestamos haber entendido y comprendido las instrucciones de seguridad y manejo del equipo brindadas por el supervisor de SST antes de iniciar la labor. Nos encontramos en condiciones optimas de salud y libre del efecto del alcohol y/o sustancias psicoactivas.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	EPS	ARL	CARGO	NOMBRE EN CASO EMERGENCIA	TELEFONO
ARNULFO ORTIZ CERVANTES	9273708	MUTUAL SER	POSITIVA	MAESTRO	MAY KELLY CASTRILLO	3005012375
JULIO MARQUEZ MARTINEZ	19767601	NUEVA EPS	POSITIVA	OFICIAL	NEDYS PEDROZO	3136855280
JESUS CARO ORTIZ	9273023	MUTUAL SER	POSITIVA	OFICIAL	MARIA BELTRAN	3224694086

He verificado la lista anterior y certifico que es seguro realizar el trabajo. Cualquier novedad reportada debe ser corregida inmediatamente para poder operar la maquina.

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE COMPLETO: KAREN PAOLA LOPEZ FERNANDEZ

FIRMA: Karen Paola López Fdz