EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: corte de acero

Lugar: proyecto boita torre A

Duración estimada: malla dic 2024

Numero de personas en el trabajo: 4

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTANCIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
2	[illegible]	13.563241	✓		✓		✓			
3	[illegible]	1106890780	✓		✓		✓			
4	[illegible]	87572106	✓		✓		✓			
5	[illegible]	1026525125	✓		✓		✓			
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Si	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓														
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓													
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓		✓													
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓														

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V verificación

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vías	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		✓

y etiquetado
A Cual? _____

Avisar
Uso en busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro, calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales? _____

Realice personalmente la prueba a LIAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)** / **Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

*polidoio
*sierra

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras Cuales? _____	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: pulido de concreto

Lugar: proyecto edificio Torre A

Duración estimada: 12 al 14 Dic. 2024

Numero de personas en el trabajo: 2

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTANCIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Primo Mendoza	1097	✓		✓		✓			
2	José Gamo	7003	✓		✓		✓			
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓																		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V. verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vías	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		X

etiquetado

Se en busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Dispondrá mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro, calibrado y buen estado

Otras precauciones. Cuales?



Realice periodicamente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable:

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACIÓN para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

* polidora
* extención

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

EBISU

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

Codigo: FST.PM-01
Versión:01
Fecha: 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalacion electrica
Lugar: proyecto Bello Torre A
Duración estimada: 09 al 14 Diciembre - 2021
Numero de personas en el trabajo: 6
Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	5[illegible]6	✓		✓		✓			
2	[illegible]	72[illegible]	✓		✓		✓			
3	[illegible]	10[illegible]	✓		✓		✓			
4	[illegible]	11[illegible]	✓		✓		✓			
5	[illegible]	1[illegible]	✓		✓		✓			
6	[illegible]	1[illegible]	✓		✓		✓			
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓		✓										
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓									
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓									
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓		✓		✓									
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓		✓		✓		✓									
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓		✓		✓										

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V: verificación

El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vías	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva			
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		X

Aislado

A buena de material combustibles
Alcantarillas/focos cercanos libres de descarburo
Alcantarillas/focos cercanos protegidos contra chispa
Dispondre mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro, calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable:

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leido y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad estabiecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

* polidora
* Taladro

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

EBISU

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

Codigo: FST.PM-01
Versión:01
Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de Acero

Lugar: Proyecto Bolo Torre A y B

Duración estimada: 16 al 23 Diciembre 2022 Numero de personas en el trabajo: 4

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CEDULA	EPS		ARL		CONSTANCIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Alexander L.	1856248	✓		✓		✓			
2	Cristian Gonzalez	1106890780	✓		✓		✓			
3	José D. Bravo	1088045086	✓		✓		✓			
4	Fausto Sanchez	5122996	✓		✓		✓			
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓														
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓													
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓		✓													
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓														

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V verificación	Necesidad SI	Necesidad No	V.
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vias	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:		✓	
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		✓

...quitado
...
...n busca de material combustibles
...ntalla/fosos cercanos (tipo de
...lcantarillas
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos
contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?

Se aplica personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

* extensión
* polidora

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión 01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remolca de obra pulido de concreto

Lugar: proyecto Bonia Torre A

Duración estimada: 16 al 21 Diciembre 2021 — Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	1007775	✓		✓		✓			
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓																				
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓																			
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓																			
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																			
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓																			
En términos generales ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓																				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V: verificación

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vías	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		✓

material combustibles
cercanos libres de
cercanos protegidos
disponible mamparas/pantallas protectoras
explosimetro calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?

Realizar personalmente la prueba a (LAT) en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba

Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objecion en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leido y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución

Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)	Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)	Responsable SST (Contratista)

** Solo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

* extensión
* polidora

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

Codigo: FST.PM-01
Versión: 01
Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Perforación placa

Lugar: proyecto costa torre A

Duración estimada: 16 al 31 Diciembre 2021

Número de personas en el trabajo: 7

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
2	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
3	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
4	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
5	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
6	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
7	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓							
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓							
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓							
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓							
En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V. verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vías	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		X

y etiquetado
Cual?

Area en busca de material combustibles
Alcantarillas/locos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/locos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro calibrado y buen estado

		√
		√
		√
		√
		√
		√

Otras precauciones Cuales?

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)** / **Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

x Taladro
x extención

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energía	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

Codigo:	F.S.T.PM-01
Versión:	01
Fecha:	15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte Tuberia PCI

Lugar: proyecto Bello Torre A

Duración estimada: 16 al 21 Diciembre - 2021

Numero de personas en el trabajo: 4

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CEDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Cristian Vargas	92551355	✓		✓		✓			
2	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
3	Frank Arcila	1001095729	✓		✓		✓			
4	Silvio Tuz	1001984[illegible]	✓		✓		✓			
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓														
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓													
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓		✓													
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓														

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

V verificación

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vias	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		-
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?	✓		✓

Pruebas Requeridas:

	SI	NO
Prueba de Gases		✓

Codigo: FST.PM-01
Versión 01
Fecha: 15/03/2022

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

...s y etiquetado
...Cuál?
...visar
Área en busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Gas explosímetro, calibrado y Buen estado

Otras precauciones Cuales?



Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución

Responsable SST/Vigía HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)	Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)	Responsable SST (Contratista)

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista.

EQUIPOS A UTILIZAR

* Trompeadora
* polidora
* extención

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

Codigo: FST.PM-01
Versión:01
Fecha: 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de viga para instalaciones electricas

Lugar: Colegio Santa - Torre 2 y 3

Duración estimada: 23 / 11 / 28 / 12 / 2024 — Número de personas en el trabajo: 6 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTANCIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Jhon Olaya	87.945.109	✓		✓		✓			
2	[illegible]	71.167.666	✓		✓		✓			
3	[illegible]	1.036.736.7	✓		✓		✓			
4	[illegible]	1.223.999.777	✓		✓		✓			
5	[illegible]	1.022.973.994	✓		✓		✓			
6	Jonatan [illegible]	1.012.243.213	✓		✓		✓			
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓		✓										
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓									
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓									
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓		✓		✓									
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓		✓		✓		✓									
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓		✓		✓										

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

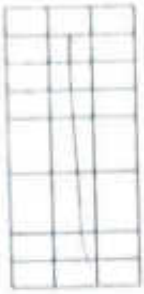
V verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional			
Señales de peligro adicionales			
Cerrar la vías			
Iluminación adicional			
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales			
El equipo ha sido:			
Despresurizado			
Limpiado con vapor			
Ventilado			
Drenado			
Lavado con agua a presión			
Limpiado con aire a presión			
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas			
Cierre de válvulas			

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas	✓		
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases		✓	
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto		✓	
Protección auditiva	✓		
Cinturón de seguridad		✓	
Traje especial de protección		✓	
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		X

...aspirado
...
...
...s en busca de materiales combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Gas explosímetro calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?



Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
23/12/24	7:00a	23/12/24	12:00pm

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Doy constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Solo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

- Pulidora
- Tronzadora
- Tapaoidos
- Tapabocas
- gafas de seguridad

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☑	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de Acero

Lugar: Proyecto Doña Tonie A y B

Duración estimada: 23 al 28 Dic 2024

Numero de personas en el trabajo: 2

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	José D Bano	1003050886	✓		✓		✓			
2	Ronald Arrieta	1106890780	✓		✓		✓			
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓																		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional	✓		✓
Señales de peligro adicionales	✓		✓
Cerrar la vías	✓		✓
Iluminación adicional	✓		✓
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		✓
Extintores adicionales	✓		✓
El equipo ha sido:			
Despresurizado	✓		✓
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	

El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		✓

y etiquetado
Cual?

Revisar
Area en busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Kuv explosimetro calibrado y buen estado

Otras precauciones. Cuales?

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE o Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Solo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

- pulidora
- extension

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte laberia Hidraulica

Lugar: proyecto portal

Duración estimada: 28 al 28 diciembre - 2021 Número de personas en el trabajo: 3

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	EPS		ARL		CONSTANCIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	7729593	✓		✓		✓			
2	[illegible]	1001264401	✓		✓		✓			
3	[illegible]	7559353	✓		✓		✓			
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas?		✓		✓		✓															
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓		✓		✓															
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓																

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V verificación

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vias	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		✓

...y etiquetado
...Cual? _____
...ecidor
Area en busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales? _____

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Doy constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objecion en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)** / **Responsable SST (Contratista)**

** Solo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

ATIRANTADORA
Y EXTENCIÓN

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO:

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE	Codigo: FST.PM-01 Versión:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de pretil de ladrillo

Lugar: proyecto Baila Torre A

Duración estimada: 23 al 28 DIC - 2021 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Dario Mindoza	1092775	✓		✓		✓			
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓																				
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓																			
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓																			
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																			
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		✓																			
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓																				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V verificación El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vías	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:		✓	
Despresurizado		✓	
Limpiado con vapor		✓	
Ventilado		✓	
Drenado		✓	
Lavado con agua a presión		✓	
Limpiado con aire a presión		✓	
El equipo ha sido aislado con:		✓	
Bridas ciegas		✓	
Cierre de válvulas		✓	

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		✓
Caretas	✓		✓
Gafas / casco para soldar	✓		✓
Filtro contra gases	✓		✓
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		✓
Peto	✓		✓
Protección auditiva			
Cinturón de seguridad	✓		✓
Traje especial de protección	✓		✓
Botas de seguridad	✓		✓
Otros EPP Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		✓

Etiquetado
Cuál?
ASP
Área en busca de material combustibles
Alcance físicos cercanos libres de hidrocarburos
Alcance físicos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mangueras/pantallas protectoras
Uso extintor(es) cargado y buen estado

Otras precauciones. Cuales?

Realizo personalmente la prueba a (GAS) en el área con los siguientes resultados

Fecha
Hora
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración

Responsable

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Doy constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACIÓN para su ejecución
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse** (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

** Sólo en caso que en el contrato entre las partes se exija un responsable de SST para el desarrollo de las operaciones de los trabajadores por parte del Contratista

EQUIPOS A UTILIZAR

* polidoro
* extensión

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energía	☒	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA AISLAMIENTO ELÉCTRICO	Codigo: FST.PM-03 Versión: 01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Colegio Bata

Lugar: Torre # 4 B

Duración estimada: 02 al 07 / 12 / 24 Número de personas en el trabajo: 5 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	ARL SI	ARL No	EPS SI	EPS No	CONSTACIA CAPACITACION SI	CONSTACIA CAPACITACION NO	CONSTACIA CAPACITACION VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
Rafael [illegible]	11.23.944.7	✓		✓		✓			
[illegible]	1063644092	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

V: verificación

El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:

El tipo de instalación es:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Interna	✓		
Industrial		Y	
Alta tensión		?	
Baja tensión	✓		
A prueba de explosión		X	
Demarcación provisional	✓		
Sistema de bloqueo y señalización	✓		
La instalación esta desenergizada	✓		
Se tiene adecuada conexión a tierra	✓		
Área acordonada		X	
Equipo contra incendio adecuado	✓		
Se requiere presencia permanente de un supervisor de electricidad	✓		
Otras precauciones. Cuales?			

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Gafas	✓		
Botas de cuero de seguridad dieléctricas	✓		
Guantes dieléctricos	✓		
Casco dieléctrico	✓		
Protección auditiva	✓		
Careta protectora	✓		
Arnés de seguridad	✓		
Tapete aislante		Y	
Otros EPP. Cuales?			

Observaciones Especiales

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
02-12-24	7:00 am	09-12-24	12:00 pm

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni al personal.	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Vigía HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)** / **Responsable SST (Contratista)**

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA AISLAMIENTO ELÉCTRICO	Codigo: FST.PM-03
		Versión: 01
		Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalación electrica

Lugar: proyecto Boita Torre A

Duración estimada: 09 al 14 Dic. 2024 Número de personas en el trabajo: 6

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
		SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
Andres felipe R.	1218976066	✓		✓		✓			
Yoxeiny Olaya	87946164	✓		✓		✓			
Victor Obaia	7963bueno	✓		✓		✓			
Rafael Jaramillo R.	1122394477	✓		✓		✓			
Sebastian Agudelo G.	1023893217	✓		✓		✓			
William Yague	1077977971	✓		✓		✓			

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

V: verificación

El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:

El tipo de instalación es:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Interna	✓		
Industrial	✓		
Alta tensión	✓		
Baja tensión	✓		
A prueba de explosión	✓		
Demarcación provisional	✓		
Sistema de bloqueo y señalización		✓	
La instalación esta desernegizada		✓	
Se tiene adecuada conexión a tierra		✓	
Área acordonada		✓	
Equipo contra incendio adecuado		✓	
Se requiere presencia permanente de un supervisor de electricidad		✓	
Otras precauciones. Cuales?		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Gafas	✓		✓
Botas de cuero de seguridad dieléctricas	✓		✓
Guantes dieléctricos	✓		✓
Casco dieléctrico	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Careta protectora	✓		✓
Arnés de seguridad	✓		✓
Tapete aislante	✓		✓
Otros EPP. Cuales?	✓		✓

Observaciones Especiales

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)** / **Responsable SST (Contratista)**

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA AISLAMIENTO ELÉCTRICO	Codigo: FST.PM-03
		Versión: 01
		Fecha: 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalación electrica cableado y conexión

Lugar: proyecto Boita Torre A

Duración estimada: 16 al 21 Diciembre-2021 Número de personas en el trabajo: 6

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	N° CEDULA	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
		SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
[illegible]		✓		✓		✓			
[illegible]	80.36236	✓		✓		✓			
[illegible]	5744[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	7[illegible]	✓		✓		✓			
WILIAN YAGE	1.022937991	✓		✓		✓			
[illegible]	1.01[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	1122544477	✓		✓		✓			

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

V: verificación

	Necesidad		V.
	SI	No	
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado	✓		
El tipo de instalación es:			
Interna	✓		
Industrial	✓		
Alta tensión	✓		
Baja tensión		✓	
A prueba de explosión		✓	
Demarcación provisional		✓	
Sistema de bloqueo y señalización		✓	
La instalación esta desenergizada		✓	
Se tiene adecuada conexión a tierra		✓	
Área acordonada		✓	
Equipo contra incendio adecuado		✓	
Se requiere presencia permanente de un supervisor de electricidad		✓	
Otras precauciones. Cuales?			

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:	Necesidad		V.
	SI	No	
Gafas	✓		✓
Botas de cuero de seguridad dieléctricas	✓		✓
Guantes dieléctricos	✓		✓
Casco dieléctrico	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Careta protectora		✓	✓
Arnés de seguridad		✓	✓
Tapete aislante		✓	✓
Otros EPP. Cuales?			✓

Observaciones Especiales

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.		Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy conciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	**Responsable SST (Contratista)**

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA AISLAMIENTO ELÉCTRICO	Codigo: FST.PM.03 Versión: 01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones electricas

Lugar: Colegio Bella - Toma A y B

Duración estimada: 23 al 28/12/24 — Número de personas en el trabajo: 6 personas.

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CEDULA	ARL SI	ARL No	EPS SI	EPS No	CONSTACIA CAPACITACION SI	CONSTACIA CAPACITACION NO	CONSTACIA CAPACITACION VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
[illegible]	80536234	/		/		/			
[illegible]	71692661[illegible]	/		/		/			
[illegible]	[illegible]	/		/		/			
[illegible]	1127539997	/		/		/			
[illegible]	1022907991	/		/		/			
[illegible]	1023847113	/		/		/			

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

V: verificacion
El area de trabajo necesita y/o se ha verificado:
El tipo de instalación es:
Interna
Industrial
Alta tensión
Baja tensión
A prueba de explosión
Demarcación provisional
Sistema de bloqueo y señalización
La instalación esta desenergizada
Se tiene adecuada conexión a tierra
Área acordonada
Equipo contra incendio adecuado
Se requiere presencia permanente de un supervisor de electricidad
Otras precauciones. Cuales?

Necesidad SI	Necesidad No	V.
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Gafas	/		
Botas de cuero de seguridad dieléctricas	/		
Guantes dieléctricos	/		
Casco dieléctrico	/		
Protección auditiva	/		
Careta protectora	/		
Arnés de seguridad	/		
Tapeta aislante	/		
Otros EPP. Cuales?	/		

Observaciones Especiales

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
23-12-24	7:00a	28-12-24	12:00p

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy consciente del trabajo que se realizara y doy APROBACIÓN para su ejecución.	
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)	Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)	Responsable SST (Contratista)

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA AISLAMIENTO ELÉCTRICO	Codigo: FST.PM-03
		Versión: 01
		Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalación electrico

Lugar: proyecto BOLO TOWER B

Duración estimada: 23 al 30 NOV - 24 Número de personas en el trabajo: 4

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

V: verificación

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:	✓		
El tipo de instalación es:			
Interna	✓		✓
Industrial		X	
Alta tensión	✓		✓
Baja tensión		✓	
A prueba de explosión		✓	
Demarcación provisional		✓	
Sistema de bloqueo y señalización		✓	
La instalación esta desemergizada		✓	
Se tiene adecuada conexión a tierra		✓	
Área acordonada		✓	
Equipo contra incendio adecuado		✓	
Se requiere presencia permanente de un supervisor de electricidad		✓	
Otras precauciones. Cuales?			

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Gafas	✓		✓
Botas de cuero de seguridad dieléctricas	✓		✓
Guantes dieléctricos	✓		✓
Casco dieléctrico	✓		✓
Protección auditiva	✓		✓
Careta protectora	✓		✓
Arnés de seguridad	✓		✓
Tapete aislante	✓		✓
Otros EPP. Cuales?			

Observaciones Especiales

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.	Certifico que he verificado las condiciones de seguridad recomendadas para la ejecución de las actividades. Soy consciente del trabajo que se realizará y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Vigía HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)** / **Responsable SST (Contratista)**

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Colegio Boito	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	02-12-2024	FECHA FINAL	09-12-24
INSPECCIONADO POR:	David Santiago Torres	CARGO	Ayudante de obra
MARCA	Dewalt	MODELO	N/A

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Maruvela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: David Santiago Torres	CEDULA: 1000128491	FIRMA DEL TRABAJADOR: Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Arque Parra	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDIA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.

DESCRIPCION (FIG. 1)



Vo Bo Residente de SST	Arque Parra	FIRMA		REPARACION	SI / NO X

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Obrapo Borta	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	07 - 12 - 2024	FECHA FINAL	07 - 12 - 2024
INSPECCIONADO POR:	Marco Rodriguez	CARGO	Ayudante hidraulico.
MARCA	Dewalt.	MODELO	N/A

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Marco Rodriguez — CEDULA: 1007425612

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Angie Parra — CEDULA — FIRMA DEL INSPECTOR SST

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.



Vo Bo Residente de SST	Angie Parra	FIRMA		REPARACION	SI	NO X

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Colegio Berta	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	02-12-24	FECHA FINAL	07-12-24
INSPECCIONADO POR:	Frank Arevalo	CARGO	Ayudante Industrial N/A
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo			✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Frank Alejandro Arevalo	1001045259	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Jaramillo		

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.

DESCRIPCION (FIG. 1)



Vo Bo Residente de SST	Angie Jaramillo	FIRMA		REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Colegio Berlin	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	02 - 12 - 24	FECHA FINAL	07 - 12 - 24
INSPECCIONADO POR:	Benjamin Antolinez	CARGO	Oficial Planero.
MARCA	Dewalt	MODELO	N/A

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
N°	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guía	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guía	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Benjamin Antolinez
CEDULA: 1129593
FIRMA DEL OPERADOR:
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Angie Parra M
CEDULA:
FIRMA DEL INSPECTOR SST:

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.



Vo Bo Residente de SST	Angie Parra M	FIRMA		REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Colegio Borja	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	02-12-24	FECHA FINAL	09-12-24
INSPECCIONADO POR:	Gredis Aguas	CARGO	Oficial hidraulico.
MARCA	Dewalt	MODELO	N/A

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GD		GD		GD		GD		GD		GD			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Gredis Aguas	92 551 355	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Lara M		

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE



Vo Bo Residente de SST	Angie Lara M	FIRMA		REPARACION	SI	NO X

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boito	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	09- Diciembre - 2024	FECHA FINAL	14- Diciembre - 2024
INSPECCIONADO POR:	Greidis Agudo	CARGO	Oficial Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GD		GD		GD		GD		GD		GD			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	Greidis Agudo	CEDULA	9.254.135
FIRMA DEL TRABAJADOR	G D		
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	JHON ZAMORA	CEDULA	1.233.691.250
FIRMA DEL INSPECTOR SST			

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE



Vo Bo Residente de SST		FIRMA		REPARACION	SI NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boita	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	09- Diciembre- 2024	FECHA FINAL	14 diciembre - 2024
INSPECCIONADO POR:	Benjamin Quintero	CARGO	Oficial Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
N°	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCIÓN A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Antolinez	7729595	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON EDMONDO	1.233.694.590	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.



Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boita	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	09- Diciembre - 2024	FECHA FINAL	14- Diciembre - 2024
INSPECCIONADO POR:	Frank Arevalo	CARGO	Ayudante de obra
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓								✓					
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Frank Alejandro Arevalo	1006952759	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ESPINOZA	1.233.691.250	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.



Vo Bo Residente de SST		FIRMA		REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Borda	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	16 Diciembre - 2024	FECHA FINAL	21 Diciembre - 2024
INSPECCIONADO POR:	Breidy Aguas	CARGO	Oficial Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA.		gm		gm		gm		gm		gm		gm			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Breidy Aguas	9285135	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ROMOLO	1.230.691.230	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACION
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.

Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boita	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	16 Diciembre - 2021	FECHA FINAL	21 Diciembre - 2021
INSPECCIONADO POR:	Benjamin Quintero	CARGO	Oficial Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Arballo	1129393	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON FAMOSA	1.235.691.760	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACION
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE

Vo Bo Residente de SST		FIRMA		REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	BAITA	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	16 diciembre - 2024	FECHA FINAL	21 diciembre - 2024
INSPECCIONADO POR:	Santiago Torres	CARGO	Ayudante Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijacion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ZAMBRANO	1.233.691.780	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACION
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE

Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	BOITA	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	16- Diciembre - 2021	FECHA FINAL	26- Diciembre - 2021
INSPECCIONADO POR:	FRANK ACUALO	CARGO	Aguadante Hidraulico
MARCA		MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Frank Alejandro Acuala	1.001.045.759	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON Zamora	1.033.691.090	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.

Vo Bo Residente de SST		FIRMA		REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boito	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	23- diciembre - 2021	FECHA FINAL	28 diciembre - 2021
INSPECCIONADO POR:	Gredis Agudo	CARGO	Oficial Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujecion	✓						✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓						✓		✓		✓			
3	Base	✓						✓		✓		✓			
4	Guia	✓						✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓						✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓						✓		✓		✓			
7	Manivela	✓						✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓						✓		✓		✓			
9	Disco	✓						✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓						✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓						✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓						✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓						✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓						✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓						✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓						✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓						✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓						✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GO	—	—				GO		GO		GO			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	Gredis Agudo	CEDULA	92551353
FIRMA DEL TRABAJADOR			
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	JHON FAMORA	CEDULA	1.000.691.000
FIRMA DEL INSPECTOR SST			

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.



Vo Bo Residente de SST		FIRMA		REPARACION	SI NO

EBISU

PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL

CODIGO: FST.IN-10
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boito	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	23 Diciembre - 2021	FECHA FINAL	28 Diciembre - 2021
INSPECCIONADO POR:	Santiago Torres	CARGO	Aprendiz Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓						✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓						✓		✓		✓			
3	Base	✓						✓		✓		✓			
4	Guia	✓						✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓						✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓						✓		✓		✓			
7	Manivela	✓						✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓						✓		✓		✓			
9	Disco	✓						✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓						✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓						✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓						✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓						✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓						✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓						✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓						✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓						✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓						✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres						Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: David Santiago Torres
CEDULA: 1000128491
FIRMA DEL TRABAJADOR: Santiago Torres

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON ROMERO
CEDULA: 1.233.691.050
FIRMA DEL INSPECTOR SST

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACION
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.



Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU

PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL

CODIGO: FST.IN-10
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boita	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	23 - Diciembre - 2024	FECHA FINAL	23 - Diciembre - 2024
INSPECCIONADO POR:	Benjamin Quintero	CARGO	Oficial Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓													
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓													
3	Base	✓													
4	Guia	✓													
5	Mordaza de tornillo	✓													
6	Llave para disco y pernos	✓													
7	Manivela	✓													
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓													
9	Disco	✓													
10	Guarda protectora	✓													
11	Palanca de bloqueo de eje	✓													
12	Palanca de torno	✓													
13	Palanca de fijación	✓													
14	Perno de tope de profundidad	✓													
15	Interruptor tipo gatillo	✓													
16	Tuerca de bloqueo	✓													
17	Pernos para la guia	✓													
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓													
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA															

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Benjamin Quintero
CEDULA: 1729593
FIRMA DEL TRABAJADOR:

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON Zamora
CEDULA: 1.039.691.290
FIRMA DEL INSPECTOR SST:

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE



Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Bonta	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	28/NOV/2024	FECHA FINAL	30/NOV/2024
INSPECCIONADO POR:	SANTIAGO TORRES	CARGO	AYUDANTE HIDRAULICO
MARCA	DEWALT	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1006128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FAMOSO	1.233.691.090	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.



Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boito	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	25 NOV - 2021	FECHA FINAL	30 NOV - 2021
INSPECCIONADO POR:	Marcol Rodriguez	CARGO	Auxiliar civil
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chapas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guía	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Marcol Rodriguez	1001178[illegible]13	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ELMOIO	1.233.691.200	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACION
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE.



Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10
		VERSION: 01
		FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Borla	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	23 NOV - 2024	FECHA FINAL	30 NOV - 2024
INSPECCIONADO POR:	Benjamin Quintero	CARGO	Oficial Hidraulico
MARCA	DeWalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Antelaun	772593	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ZAMORA	1.255.691.250	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE



Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boita	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	29 NOV - 2024	FECHA FINAL	30 NOV - 2024
INSPECCIONADO POR:	Gredis Aguas	CARGO	Oficial Hidraulico
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA		GD		GD		GD		GD		GD		GD			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Gredis Aguas	92551757	G D
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ZAMORA	1.033.691.030	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE



Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU	PREOPERACIONAL TRONZADORA DE METAL	CODIGO: FST.IN-10 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

PROYECTO	Boika	EQUIPO	TRONZADORA DE METAL
FECHA INICIO	20 NOV - 2024	FECHA FINAL	30 NOV - 2024
INSPECCIONADO POR:	FRANK Prevalo	CARGO	Ayudante obra
MARCA	Dewalt	MODELO	

FECHAS DE INPECCION		LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
Nº	CONDICION	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	Cadena de Sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
2	Tornillo del Deflector de chispas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
3	Base	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
4	Guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
5	Mordaza de tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
6	Llave para disco y pernos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
7	Manivela	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
8	Bloqueo del recorrido de la mordaza	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
9	Disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
10	Guarda protectora	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
11	Palanca de bloqueo de eje	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
12	Palanca de torno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
13	Palanca de fijación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
14	Perno de tope de profundidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
15	Interruptor tipo gatillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
16	Tuerca de bloqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
17	Pernos para la guia	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
18	El trabajador cuenta con EPP adecuados	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Frank Alejandro Acevedo	1001043284	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON EDMOND	1.233.691.200	

OBSERVACIONES

*USAR SIEMPRE CON LA GUARDA DE SEGURIDAD
*QUITAR LAS LLAVES DE AJUSTE ANTES DE ENCENDERLA
*NO UTILIZAR EN LUGARES HUMEDOS O BAJO LA LLUVIA Y USAR CON BUENA ILUMINACIÓN
*USAR CON PRECAUCION, PUEDE CAUSAR LESIONES GRAVES E INCLUSO LA MUERTE



Vo Bo Residente de SST		FIRMA	REPARACION	SI	NO

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PRT-IN-07
VERSION: 01
FECHA: 19/11/2021

Proyecto: Colegio Boita | Ubicación: Tome A y B | Equipo No. 15.

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Pulsado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: David Santiago Torres	CEDULA: 1000184491	FIRMA DEL TRABAJADOR: Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Angie Parra	CEDULA:	FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita | Ubicación: Tome A y B | Equipo No. #3

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Duvan Mendoza	1097775	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Andrea Lama M	1030700240	

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Bosta	Ubicación: Torre A	Equipo No. # 4

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jose D. Berio	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Sara M		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PET.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 19/12/2001

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No. #6

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Manuel Rodriguez	1001225412	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Lopez		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Polaris Point	Ubicación: Torre A y B	Equipo No. # 13

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Alexander Z.	1856324[illegible]	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Torres M		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PST-IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2023

Proyecto: Colegio Bata | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. # 14

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Christian Gonzalez	1106890780	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Parra M		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Colegio Boita	Ubicación: Torre A y B	Equipo No. #11

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Cable de clavija														
Interruptor del encendido														
Estado copa grata														
Estado disco de corte														
Conexiones electricas en buen estado														
Mango y manija de sujeccion														
Guarda de seguridad														
Estado de la tuerca del apriete del disco														
Estado general del equipo														
Uso del extintor														
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Rafael Guevara R.	1127324477	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Parra M		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Bosta	Ubicación: Tove A y B	Equipo No. # 12

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Rubel Felipe R	1216976166	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Parra M		

SEMANA DEL: 02 AL 09 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PET.IN-07
VERSION: 01
FECHA: 13/12/2021

Proyecto: Colegio Bolivia | Ubicación: TOME A y B | Equipo No. #10

SEMANA DEL: 02 AL 09 DE 12 DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Eliezer Osorio	1063164092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Parra		

SEMANA DEL: 02 AL 09 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☑ | Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: | NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PST-IN-07
VERSION: 01
FECHA: 13/12/2023

Proyecto: Colegio Borta | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. #10

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor														
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
EDILBERTO BAUTISTA	80362367	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Lowa M		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☑ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarlo a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Bota	Ubicación: Torre A y B	Equipo No. #9

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ÍTEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Interruptor del encendido	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado copa grata	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado disco de corte	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Conexiones electricas en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Mango y manija de sujeccion	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Guarda de seguridad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estado general del equipo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Uso del extintor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Marcos Jesus Olaya Angulo	87946129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Garcia		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PET-IN-07
VERSION: 01
FECHA: 13/11/2023

Proyecto: Colegio Bosta	**Ubicación:** Torre A y B	**Equipo No.** #9

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No:	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓									
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GD		GD		GD		GD		GD		GD			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR Carlos Alberto	CEDULA 92551355	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST Angie Parra M	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST

PURANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ no ☑

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: FST-IN-07
VERSION: 01
FECHA: 19/12/2023

Proyecto: Colegio Boita | Ubicación: Tame A y B | Equipo No. #8

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ÍTEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Benjamin Antolinez | CEDULA: 1129593 | FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Angie Lopez | CEDULA: | FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Bosta | Ubicación: Torre, M 4 B | Equipo No. #7

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Edwin Alejandro Arado	7001042259	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Jana M		

SEMANA DEL: 02 AL 07 DE 12 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PST-IN-07
VERSION: 01
FECHA: 15/11/2021

Proyecto: Boiling | Ubicación: TORRE A | Equipo No. #3

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE DIC DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No:	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
WILIAN ALEXANDER YAGE	1.022 937991	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ZAMORA	1.233.691.220	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____
NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CÓDIGO: [illegible]
		VERSIÓN: 01
		FECHA: [illegible]

Proyecto: Boiku	Ubicación: Torre A	Equipo No. #3

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE DIC DE 2024

ITEM	LUN		MAR		MIER		JUEV		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No.	MODELO								MARCA:					
Uso de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extinter	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jonathan Agüite Gonzi	1023893213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON EUMOIA	1233691220	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PRT.IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/11/2021

Proyecto: Boito **Ubicación:** TORRE A **Equipo No.** #1

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE DIC DE 2024

ÍTEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Hermon Yonguatie	87572106	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ROMERO	1.233.691.250	

SEMANA DEL: ___ **AL** ___ **DE** **DE 2024**

- PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boito | Ubicación: Torre A | Equipo No. #2

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Dado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del aprieta del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA		
NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Frank Alejandro Arce	CEDULA: 1.001.611.750	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON FAMOSO	CEDULA: 1.030.691.650	FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PET-IN-07 VERSION: 02 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Boila | **Ubicación:** Torre A | **Equipo No.** #3

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE Dec DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	G		G		G		G		G		G			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Gregorio Yepes	92 511 315	G

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON FUMOTO	1-133-691-250	

SEMANA DEL: ___ **AL** ___ **DE** **DE 2024**

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PRT-PA-07
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Boito **Ubicación:** TORRE A **Equipo No.** #5

SEMANA DEL: 09 AL 12 DE DIC DE 2024

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Benjamin Tolosa	1129593	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZAMORA	1.233.691.290	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CÓDIGO: PET-IN-07 VERSIÓN: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Boita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #4

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE Dic DE 2024

ÍTEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Tipo de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Diño Mendoza	1097775	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FAMOCA	1.232.691.250	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

✓ PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: FST-IN-07 VERSION: 01 FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Boita	Ubicación: Torre A	Equipo No. #2

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Dado de clavija			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte			✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion			✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo			✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor			✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jose D. Bonia Conde	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Wilson Zamora	1.233.691.000	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PET-IN-07
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Boita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #2

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE Dic. DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	RAY ROJAS		RAY ROJAS		RAY ROJAS		RAY ROJAS		RAY ROJAS		RAY ROJAS			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
RAY ROJAS LOPEZ	1003656243	RAY ROJAS

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON RAMOS	1.233.691.590	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: FST-PA-07
VERSION: 01
FECHA: 13/12/2021

Proyecto: Boila | Ubicación: Torre A | Equipo No. #4

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Christian Alberto Formiga V.	1106890790	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FONSECA	1.727.691.590	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PET-IN-07 VERSION: 01 FECHA: 19/11/2021

Proyecto: Boita	Ubicación: Torre A	Equipo No. #7

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE DIC DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No:	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Rafael G. Mercado R.	1123324477	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FONSECA	1.233.691.090	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boila | Ubicación: Torre A | Equipo No. H4

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
Pulidora No:	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
MODELO:									MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cepa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango o manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del aprete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Alexander L.	73563241	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON BOMBA	1.233.691.290	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión mas segura.

EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: PRT-IN-07 VERSION: 01 FECHA: 19/12/2021

Proyecto: Boita	Ubicación: Torre A	Equipo No. #8

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Alexis Osorio	1063764092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ECHEVERRIA	1.233.691.250	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PST-IN-07
VERSION: 01
FECHA: 13/12/2021

Proyecto: Boita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #8

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor			✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Andres Felipe R	1216976666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON Zamora	1.033.691.060	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita	**Ubicación:** Torre A	**Equipo No.** #2

SEMANA DEL: 09 AL 14 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del aprieta del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Marvin Olaya	87916129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ECHEVERRIA	1.053.691.250	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: FST-IN-07
VERSION: 01
FECHA: 19/12/2023

Proyecto: Boila | Ubicación: Torre B | Equipo No. #2

SEMANA DEL: 16 AL 16 DE DIC DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No.	MODELO:								MARCA: Devolt					
Estado de clavija	✓													
Interruptor del encendido	✓													
Estado copa grata	✓													
Estado disco de corte	✓													
Conexiones electricas en buen estado	✓													
Mango y manija de sujecion	✓													
Guarda de seguridad	✓													
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓													
Estado general del equipo	✓													
Uso del extintor	✓													
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Fausto Sanchez	5122996	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Jhon Bumoio	1.733.691.750	

* SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Baila	Ubicación: Torre A	Equipo No. #2

SEMANA DEL: 16 AL 21 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓					
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓					
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓					
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓					
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓					
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓					
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓					
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓					
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓					
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓					
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Elizeu Otoro	1063161092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Jhon Tejmora	1.233.691.590	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boito | Ubicación: Torre A | Equipo No. #2

SEMANA DEL: 16 AL 22 DE Dic DE 2024

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dwalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA		
NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Alexander Lopez	CEDULA: 13563241	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON EDMOND	CEDULA: 1.093.691.790	FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boka	**Ubicación:** Torre A	**Equipo No.** #3

SEMANA DEL: 16 AL 21 DE DIC DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Bosch					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Christian Alberto Gonzalez.	1106890780	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Hoover Romero	1.733.691.780	

MANA DEL: ___ **AL** ___ **DE** **DE 2024**

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: FOT-PA-07
VERSION: 01
FECHA: 19/12/2023

Equipo No. #3

Proyecto: Bolla

Ubicación: Torre A

SEMANA DEL: 16 AL 21 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
MODELO:									MARCA:					
Pulidora No														
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor														
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Dino Mendoza	CEDULA: 1097775	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON FAMOSO	CEDULA: 1.733.691.590	FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐

Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____
NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PST-PR-09
VERSION: 01
FECHA: 17/12/2021

Proyecto: Boita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #3

SEMANA DEL: 16 AL 21 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Marvin olaya	87 046 119	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON FAMOCA	1.233.691.250	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita | Ubicación: TOLEDO | Equipo No. #3

SEMANA DEL: 16 AL 22 DE DIC DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
Pulidora No	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Andres Felipe R	1216976666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FLOREZ	1.233.691.230	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita	Ubicación: Torre Q	Equipo No. #3

SEMANA DEL: 16 AL 21 DE DIC DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jonathan Mauricio G.	1093893213	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ZAMORA	1.233.691.790	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Baia | Ubicación: Torre A | Equipo No. 113

SEMANA DEL: 16 AL 21 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Bosch					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Wilson Yaboe Noriega	1.077 937 991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Jhon Zamora	1.233.891.750	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boito	Ubicación: Torre A	Equipo No. #3

SEMANA DEL: 16 AL 21 DE Dic DE 2024

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Bosch					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Rafael Ricardo Rincon R.	1127394977	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FLOREZ	1.233.691.250	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita	Ubicación: Torre A	Equipo No. #2

SEMANA DEL: 16 AL 21 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor														

FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA		
NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Jose D. Barrio Conde	CEDULA: 1003045086	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Wilson Zamolo	CEDULA: 1.233.691.730	FIRMA DEL INSPECTOR SST

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PST-PN-07
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Bolla | Ubicación: Torre A | Equipo No. #2

SEMANA DEL: 16 AL 22 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	GO		GO		GO		GO		GO		GO			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Gredy Mejia	92 551 355	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON FONSECA	1.230.691.290	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____
NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita	Ubicación: Torre A	Equipo No. #2

SEMANA DEL: 16 AL 21 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No:	MODELO:								MARCA: Dewalt					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Bayron Botero	1128 573	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON RAMOS	1.030.691.090	

PARADA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita	Ubicación: Torre A	Equipo No. #3

SEMANA DEL: 16 AL 21 DE Dic DE 2024

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: makita					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujecion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA	Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres		Santiago Torres			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ECHEVERRI	1.233.691.200	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

*** PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR**

Fuera de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su **SUPERVISOR** quien tomará la decisión más segura.

EBISU

PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: BOLO	Ubicación: TORRE A	Equipo No. #3

SEMANA DEL: 16 AL 22 DE DIC DE 2024

ITEM	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA: MAKITA					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso del extintor			✓						✓					
FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Frank Alejandro Acevedo	1004045259	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON FUMBIA	1.233.691.250	

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____ NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

EBISU
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS
NIT 807.008.957-7

REGISTRO DE ATS PREOPERACIONALES PERMISOS SST - SUBCONTRATISTAS

CAP	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S)	CODIGO: SST-CAP-003 FECHA: 20/02/2023 VERSION: 01

Ubicación especifica del sitio a realizar la tarea:

Area a ejecutar:

ETAPAS DE LA ACTIVIDAD	RIESGOS PRESENTADOS EN CADA ETAPA	MEDIDAS DE SEGURIDAD ADOPTADAS	RESPONSABLE DIRECTO DE LA MEDIDA ADOPTADA
Orden y aseo en el Puesto de trabajo	Quimico: Polvos y material particulado mecanico: Golpe locativo: Limpieza y orden	- Orden en el puesto de trabajo - uso de EPI's	1. _____ CC: 79.857.169 2. _____ CC: 80.[illegible].[illegible] 3. _____ CC: 1.0[illegible].[illegible] 4. _____ CC: [illegible] 5. _____ CC: 6. _____ CC: 7. _____ CC: 8. _____ CC:
Limpieza de rubenca para su respectiva pintura	Quimico: Polvo, fibras, liquido material particulado Biomecanico: movimiento repetitivo fisico: Ubicacion	- uso de mascarilla con filtros - uso de EPI's	
Reparacion de Rieles de Puente en fabricacion	fisico: Ruido, Ubicacion, Quimico: humo mecanico: Maquina sin Guarda Biomecanico: Sobreesfuerzo electrico: alta tension	- movimiento Supervisado de Pulidora - uso de EPI's	
movimiento de cuchara para soldar y despalle de rodillos	locativo: Carga contra roud. nivel Quimico: humos mecanico: aplastamiento, Golpe	- movimiento supervisado - uso de EPI's	

OBSERVACIONES:

VÁLIDO

DESDE: 1-12-24

AL: 1-12-24

Residente de Obra	Profesional Seguridad y Salud En El Trabajo	Coordinador de alturas

CAP	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S)	CODIGO: SST-CAP-003 FECHA: 20/02/2023 VERSION: 01

cación especifica del sitio a realizar la tarea: Colegio Santa Inocencia de Yanta y alrededores

ea a ejecutar: Armado de Estructura

ETAPAS DE LA ACTIVIDAD	RIESGOS PRESENTADOS EN CADA ETAPA	MEDIDAS DE SEGURIDAD ADOPTADAS	RESPONSABLE DIRECTO DE LA MEDIDA ADOPTADA
Aseo en el puesto de trabajo	Químico: Polvo y material particulado Locativo: Limpieza y orden	- orden en el puesto de trabajo - uso de EPP'S	1. _____ CC: 10.859.252
Limpieza de lubricos para su respectiva pintura	Químico: Polvo, Gases, Líquidos material particulado Biomecanico: movimiento repetitivo Psicosocial:	- uso de mascarilla con filtro - uso de EPP'S	2. _____ CC: 1085925252 3. _____ CC: 1085925252
Reparacion de Riesgos de Puentes en reparacion	Físico: Ruido Vibracion, Ruidos ramos mecanico: maquinas en grandes Biomecanico: sobreesfuerzo Locativo: caida Lenguas	- movimiento Repetitivo de soldadora - uso de EPP'S	4. _____ CC: 1085925252 5. _____ CC:
movimiento de carga Rara Solidas y Liquido en posicion	Locativo: caida contra fondo nivel Químico: humos Mecanico: atrapamiento golpe	- movimiento Repetitivo - uso de EPP'S	6. _____ CC: 7. _____ CC: 8. _____ CC:

OBSERVACIONES:

VÁLIDO

DESDE: 2-12-24

AL: 7-12-24

Residente de Obra	Profesional Seguridad y Salud En El Trabajo	Coordinador de alturas

CAP	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S)	CODIGO: SST-CAP-003 FECHA: 20/02/2023 VERSION: 01

cación especifica del sitio a realizar la tarea: Colegio Bella / fabricacion de rampla y anexos

a ejecutar: armado de estructura

ETAPA / DE LA ACTIVIDAD	RIESGOS PRESENTADOS EN CADA ETAPA	MEDIDAS DE SEGURIDAD ADOPTADAS	RESPONSABLE DIRECTO DE LA MEDIDA ADOPTADA
Orden y aseo en el Puesto de trabajo	Quimico: Polvos y material particulado Mecanico: Golpe Locativo: limpieza y orden	Orden en el puesto de trabajo uso de EPP'S	1. Jesus Perez CC: 1003[illegible]
Limpieza de tuberia Para su respectiva Pintura	Quimico: Polvo, fibras, liquido material Biomecanico: movimiento repetitivo Aseo: Ubicacion	- aseo de manera con frecuencia - uso de EPP'S	2. Jesus Perez CC: 1003[illegible]
Reposicion de lijar de puente en fabricacion	Fisico: Ruido, Ubicacion Quimico: polvo mecanico / maquinaria sin Guarda Biomecanico: Sobreesfuerzo Electrico: alta Tension	- mantenimiento Supervisado de Maquinaria - uso de EPP'S	3. Jesus Perez CC: 1003[illegible]
mantenimiento de sueldo Para Soldar y oxiacetileno en Posicion	Locativo: Caida contra Nivel - mismo Quimico: humos mecanico: Atrapamiento y Golpe	- mantenimiento Supervisado - uso de EPP'S	4. Jesus Perez CC: 1003[illegible]
			5. CC:
			6. CC:
			7. CC:
			8. CC:

OBSERVACIONES:

VÁLIDO

DESDE: 9-12-24

AL: 14-12-24

Residente de Obra	Profesional Seguridad y Salud En El Trabajo	Coordinador de alturas

CAP	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S)	CODIGO: SST-CAP-003 FECHA: 20/02/2023 VERSION: 01

cación especifica del sitio a realizar la tarea: Colegio Bello / fabricacion de rampla y accesorios

ea a ejecutar: armado de estructura

ETAPAS DE LA ACTIVIDAD	RIESGOS PRESENTADOS EN CADA ETAPA	MEDIDAS DE SEGURIDAD ADOPTADAS EN CADA ETAPA	RESPONSABLE DIRECTO DE LA MEDIDA ADOPTADA
Orden y aseo en el puesto de trabajo	Quimico: Polvos y material particulado Mecanico: Golpe Locativo: limpieza y orden	- orden en el puesto de trabajo - uso de EP	1. Jeli Perez CC: 1003288860
limpieza de tubería para su respectiva pintura	Quimico: Polvo, fibra, liquido material particulado Biomecanico: movimiento repetitivo Fisico: vibracion	- uso de mascara con filtros - uso de EPP'S	2. Jeli Perez CC: 1003288860
Reparacion de fugas de fuente en fabricacion	Fisico: fuente, vibracion, Quimico humo mecanico: maquina sin guarda Biomecanico: sobresfuerzo Electrico: alta tension	- movimiento repetitivo de soldadura - uso de EPP'S	3. Jeli Perez CC: 1003288860
movimiento de sercha para soldar y dejarla en posicion	locativo: caida contra mismo nivel - mismo Quimico: humos mecanico: aplastamiento golpe	- movimiento supervisado - uso de EPP'S	4. Jeli Perez CC: 1003288860
			5. CC:
			6. CC:
			7. CC:
			8. CC:

OBSERVACIONES:

VÁLIDO

DESDE: 15-12-2024

AL: 15-12-2024

Residente de Obra	Profesional Seguridad y Salud En El Trabajo	Coordinador de alturas

CAP NIT 900122344-1	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S)	CODIGO: SST-CAP-003 FECHA: 20/02/2023 VERSION: 01

cación especifica del sitio a realizar la tarea: Colegio Boiko / fabricacion de panela y accesorios

ea a ejecutar: Armado de Estructura

ETAPAS DE LA ACTIVIDAD	RIESGOS PRESENTADOS EN CADA ETAPA	MEDIDAS DE SEGURIDAD ADOPTADAS	RESPONSABLE DIRECTO DE LA MEDIDA ADOPTADA
Orden y aseo en el puesto de trabajo	Quimico: Polvo y material particulado mecanico: Golpe locativo: limpieza	- orden en el puesto de trabajo - uso de EPI'S	1. Jeiro Perez CC: 1003122860
limpieza de tuberia Rolon Se respectiva pintura	Quimico: Polvo, fibras, liquido, material particulado Ergonomico: movimiento repetitivo fisico: Vibracion	- uso de mascarilla con filtros - uso de EPI'S	2. Jeiro Perez CC: 1003122860
Aperacion de Rueda de puente en fabricacion	fisico: Ruido, Vibracion Quimico: humo Mecanico: maquinas sin Guarda Ergonomico: sobreesfuerzo Locativo: alto trasito	- movimiento Supervisado de Pulidora - uso de EPI'S	3. Jeiro Perez CC: 1003122860
movimiento de Rieles para soldar y depositar en Posicion	locativo: caida contra pared - nivel Quimico: humos mecanico: atrapamiento, Golpe Condiciones de seguridad: altura	movimiento supervisado - uso de EPI'S	4. Jeiro Perez CC: 1003122860
movimiento de Suelda para Soldar y depositar en Posicion			5. CC: 6. CC: 7. CC: 8. CC:

OBSERVACIONES:

VÁLIDO

DESDE: 16-12-2024

AL: 21-12-2024

Residente de Obra	Profesional Seguridad y Salud En El Trabajo	Coordinador de alturas

CAP	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S)	CODIGO: SST-CAP-003 FECHA: 20/02/2023 VERSION: 01

cación especifica del sitio a realizar la tarea: Colegio Bolka / fabricacion de Rampla y accesorios

ea a ejecutar: armado de Estructura

ETAPAS DE LA ACTIVIDAD	RIESGOS PRESENTADOS EN CADA ETAPA	MEDIDAS DE SEGURIDAD ADOPTADAS	RESPONSABLE DIRECTO DE LA MEDIDA ADOPTADA
orden y aseo en el Puesto de trabajo	Quimico: Polvo, fibras, liquido material particulado mecanico: golpe locativo: limpieza	- orden en el puesto de trabajo - uso de EPP's	1. Jefri Perez CC: 1003122226 2. Jefri Perez CC: 1003122226 3. Jefri Perez CC: 1003122226 4. Jefri Perez CC: 1003122226 5. CC: 6. CC: 7. CC: 8. CC:
limpieza de tuberia Para su respectiva Pintura	Quimico: Polvo, fibras, liquido material particulado Biologico: mosintito Repitativo fisico: Vibracion	- uso de mascarilla con filtros - uso de EPP's	
Reparacion de Piezas Para soldar; defecto en Reparacion de Rampla en fabricacion	fisico: Ruido, Vibracion Quimico: humos metalicos mezclados con gases Biomecanico: sobreesfuerzo Electrico: alta tension condiciones de seguridad: alturas	- movimiento supervisado - uso de EPP's - equipo de Proteccion anti-caidas.	

OBSERVACIONES:

VÁLIDO

DESDE: 22-12-2024

AL: 22-12-2024

Residente de Obra	Profesional Seguridad y Salud En El Trabajo	Coordinador de alturas

CAP	FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S)	CODIGO: SST-CAP-003 FECHA: 20/02/2023 VERSION: 01

cación especifica del sitio a realizar la tarea: Colegio Boita / fabricacion de rampla y accesorios

ea a ejecutar: armado de estructura

ETAPAS DE LA ACTIVIDAD	RIESGOS PRESENTADOS EN CADA ETAPA	MEDIDAS DE SEGURIDAD ADOPTADAS	RESPONSABLE DIRECTO DE LA MEDIDA ADOPTADA
orden y aseo en el puesto de trabajo	Quimico: Polvo / material particulado mecanico: golpes locativo: Limpieza	- orden en el puesto de trabajo - uso de EPP's	1. Jefri Perez CC: 1003288266
limpieza de tuberia para su respectiva pintura	Quimico: Polvo, fibras, liquido material particulado ergonomico: movimiento repetitivos fisico: vibracion	- uso de mascarilla con filtros - uso de EPP's	2. Jefri Perez CC: 1003288266
Reparacion de piezas para soldar y despacho en posicion de fuente de soldadura	fisico: ruido, vibracion Quimico: humo mecanico: maquina en guarda Biologicos: sobreesfuerzo electrico: alta tension	- movimiento supervisados de pulidora - uso de EPPS	3. Jefri Perez CC: 1003288266
movimiento de grua para soldar y despacho en posicion	locativo: caida contra nivel Quimico: humos mecanico: atrapamiento, golpes condiciones de seguridad: altura	- movimiento supervisados - uso de EPP's - Equipo de protección anti-caidas	4. Jefri Perez CC: 1003288266 5. CC: 6. CC: 7. CC: 8. CC:

OBSERVACIONES:

VÁLIDO

DESDE: 23/12/2024

AL: 28/12/2024

Residente de Obra	Profesional Seguridad y Salud En El Trabajo	Coordinador de alturas

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CÓDIGO: SST-CAP-414
Fecha: 30/08/2023
VERSIÓN 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Soldadura armado de Puente
Lugar: Colegio Bacho
Duración estimada: 7 días
Número de personas en el trabajo: 5
Altura aproximada: 20 m

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPP		ARL		CONSTANCIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	NOMINA	
1	Jhonny [illegible]	1226002	✓		✓		✓		13/11/24	
2	Cesar Herrera	2964179	✓		✓		✓		13/11/24	
3	Manuel Cuturrufo	1114478923	✓		✓		✓		13/11/24	
4	Oscar Rodriguez	1118578853	✓		✓		✓		13/11/24	
5	Cesar	1065911603	✓		✓		✓		13/11/24	Cesar Rodriguez
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD Y ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Le ha sido practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓												
¿Ha necesitado medicamentos en los últimos 30 días?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Ha consumido bebidas embriagantes en los últimos 30 días?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Ha tenido algún accidente Ocupacional este año?		✓		✓		✓		✓		✓											
¿Le duele en algún sitio que pueda afectar su actividad de soldadura?		✓		✓		✓		✓		✓											
En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓		✓												

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

	Necesidad		V.
	SI	No	
El área de trabajo necesita ya se ha verificado:	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	-		
Cerrar la vías		✓	
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Desgasificado	✓		
Limpiado con vapor	✓		
Ventilado	✓		
Drenado	✓		
Lavado con agua a presión	✓		
Limpiado con aire a presión	✓		
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas	✓		
Cierre de válvulas	✓		
Cerrado y etiquetado	✓		
Otros, Cual?			
Revisar:			
Área en busca de material combustibles			
Alcantarillas/fosos cercanos libres de basura/humo	✓		
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa	✓		
Disponible mampara/pantallas protectoras	✓		
Hay explosímetro, calibrado y bien estado			

Otras precauciones, Cuales? _____

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:	Necesidad		V.
	SI	No	
Casco de seguridad	✓		
Caretas	✓		
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases	✓		
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Petos	✓		
Protección auditiva		✓	
Cinturón de seguridad		✓	
Traje especial de protección	✓		
Botas de seguridad		✓	
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:

	SI	NO
Prueba de Gases		

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha:
Hora:
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable:

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
13-11-24	7:00 AM	28-11-24	5:30 PM

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

Escaneado con CamScanner

FIRMAS	
Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.
Responsable SST/VSA HSE & Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable del trabajo a ejecutarse (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR	SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR
Rutenadora equipo para soldar taladro magnetico	

RECURSOS A UTILIZAR					
Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☑
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CÓDIGO: SST-CAP-014
Fecha: 20/02/2023
VERSIÓN: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: fabricación y anclajes al puente
Lugar: colegio Bella
Duración estimada: 1 día
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo: 4

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONTRATO CAPACITACIÓN		HORARIO	FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO		
1	Jackson ortiz	9236392	✓		✓		✓		7:1	
2	Sebastian M	1010760 823	✓		✓		✓		7:2	
3	Daniel M Mont	1.855.757	✓		✓		✓		7:1	
4	Cesar Medina	4161149	✓		✓		✓		7:2	
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha prescrito un examen médico ocupacional con vigencia mayor a 1 año?	✓		✓		✓		✓														
¿Ha sentido molestia/dolor en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓													
¿Se alerta con alguna situación que alerte usted a/este su actividad de asistencia?		✓		✓		✓		✓													
En idóneas garantías, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓	✓	✓														

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

	Necesita SI	Necesita No	V.
V. verificación			
El área de trabajo necesita ya se ha verificado:	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓	✓	
Cerrar la vías	✓		
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, sin resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado	✓		
Limpiado con vapor	✓		
Ventilado	✓		
Drenado	✓		
Lavado con agua a presión	✓		
Limpiado con aire a presión	✓		
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas	✓		
Cierre de válvulas	✓		
Cerrado y etiquetado	✓		
Otros. Cual?			
Revisar			
Áreas en busca de material combustibles			
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos	✓		
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa	✓		
Disponible mamparas/pantallas protectoras	✓		
Hay explosímetro, calibrado y buen estado			

Otras precauciones. Cuales? _____

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:	Necesita SI	Necesita No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas	✓		
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases	✓		
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto	✓		
Protección auditiva		✓	
Cinturón de seguridad		✓	
Traje especial de protección	✓		
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP, Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha: 11
Hora: 11
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración 11
Responsable:

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
22-12-24	7:00 AM	23-12-24	5:30 PM

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
11	11	11	11

Escaneado con CamScanner

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo tanto para el equipo como el personal.
Responsable SST/Vigía SST o Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable del trabajo a ejecutarse (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

Rutidora
equipo para soldar
taladro magnetico

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☑
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO:

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CAP Mis Mascotas

CODIGO: SST-CAP-014
Fecha: 20/12/2023
VERSION: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Fabricacion y armado de cuerda
Lugar: Colegio salitre
Duración estimada: 2 Dias
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo: 7

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS NO	ARL SI	ARL NO	CONTAGIA CAPACITACION SI	CONTAGIA CAPACITACION NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	[illegible]	[illegible]	/		/		/		16/12/23	[signature]
2	Sebastian M	1007600383	/		/		/		16/12/23	Sebastian M.
3	[illegible]	1083 [illegible]	/		/		/		16/12/23	[signature]
4	Cesar Jessica	2761149	/		/		/		16/12/23	[signature]
5	[illegible]	1007379344	/		/		/		16/12/23	[signature]
6	[illegible]	1085852751	/		/		/		16/12/23	[signature]
7	[illegible] Sanner	1003.081.028	/		/		/		16/12/23	[signature] Sanner
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	Observaciones
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	/		/		/		/		/		/		/								
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		/		/		/		/		/		/		/							
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		/		/		/		/		/		/		/							
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		/		/		/		/		/		/		/							
¿Se alerta con alguna situación que alerte pueda alertar su actividad de soldadura?		/		/		/		/		/		/		/							
En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?	/		/		/		/		/		/		/								

PRECAUCIONES DE SEGGURIDAD

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Nº verificación:			
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:			
Demarcación provisional	/		
Señales de peligro adicionales	/		
Cerrar la vías		/	
Iluminación adicional	/		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	/		
Extintores adicionales	/		
El equipo ha sido:			
Despresurizado	/		
Limpiado con vapor	/		
Ventilado	/		
Drenado	/		
Lavado con agua a presión	/		
Limpiado con aire a presión	/		
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas	/		
Cierre de válvulas	/		
Cerrado y etiquetado	/		
Otros, Cual?			
Revisar			
Área en busca de material combustibles	/		
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos	/		
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa	/		
Disponible mamparas/pantallas protectoras	/		
Hay explosímetro, calibrado y buen estado	/		

Otras precauciones, Cuales? _____

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	/		
Caretas	/		
Gafas / casco para soldar	/		
Filtro contra gases	/		
Filtro contra polvos/humos de soldadura	/		
Peto		/	
Protección auditiva		/	
Cinturón de seguridad	/		
Traje especial de protección		/	
Botas de seguridad		/	
Otros EPP, Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		

Realice personalmente la prueba a CAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha: _____
Hora: _____
Método de Prueba _____
Tipo de Gas _____
Nivel de Concentración _____
Responsable: _____

INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
16-12-23	7:00Am	21-12-23	5:30Pm

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

Escaneado con CamScanner

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.
Gw~	Jefri Perez
Responsable SST/Vigía HSE & Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable del trabajo a ejecutarse (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

Pulidora
Equipo para soldar
taladro magnetico

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	Gas propano	☑
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CÓDIGO: SST-CAP-014
Fecha: 2024/09/13
VERSIÓN: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Fabricacion y armado de puente
Lugar: Colegio Bolta
Duración estimada: 1 hora
Número de personas en el trabajo: 4
Altura aproximada: 20 m.

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CAPACITACIÓN SI	CAPACITACIÓN NO	HORAS	FIRMA TRABAJADOR
1	Cesar Herrera	2161179	✓		✓		✓		1.5	
2	Marlon caceres	1102880498	✓		✓		✓		1.5	Marlon Caceres
3	Jhonson	2161179	✓		✓		✓		1.5	
4	Jeimy Ruiz	1098	✓		✓		✓		1.5	
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	Observaciones
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓														
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha tenido algún accidente anteriormente esta actividad?		✓		✓		✓		✓													
¿Se siente con alguna situación que afecte pueda afectar su actividad de autocuidado?		✓		✓		✓		✓													
En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓														

PRECAUCIONES DE SEGGURIDAD

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
V. verificación El área de trabajo necesita ylo se ha verificado:	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales		✓	
Cerrar la vías			
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Señalizar adicionales			
El equipo ha sido:			
Despresurizado	✓		
Limpiado con vapor			
Ventilado	✓		
Drenado	✓		
Lavado con agua a presión	✓		
Limpiado con aire a presión			
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas	✓		
Cierre de válvulas	✓		
Cerrado y etiquetado	✓		
Otros, Cual?			
Revisar			
Áres en busca de material combustibles			
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos	✓		
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa	✓		
Disponible mamparas/pantallas protectoras	✓		
Hay explosímetro, calibrado y buen estado			

Otras precauciones. Cuales? _____

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Caretas	✓		
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases	✓		
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Palo	✓		
Protección auditiva		✓	
Cinturón de seguridad		✓	
Traje especial de protección	✓		
Botas de seguridad		✓	
Otros EPP, Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha: _____
Hora: _____
Método de Prueba _____
Tipo de Gas _____
Nivel de Concentración _____

Responsable: _____

INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
15-11-24	7:00 AM	15-JOM	15-12-24

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

Escaneado con CamScanner

Jefe Perf

Rotadores
equipo para soldar
soldadora magnetica

Agua	☐	Alcalina	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☐

	Condiciones OK	No Conformes*
Orden y aseo	☐	☐
Manejo de residuos	☐	☐
Almacenamiento de sustancias o elementos especiales (SI aplica)	☐	☐
Otros. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CÓDIGO: SST-CAP-014
Fecha: 29/03/2023
VERSIÓN: 05

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: almacen y fabricacion de puerta
Lugar: Colegio Salitre
Duración estimada: 7 días
Número de personas en el trabajo: 8
Altura aproximada: 2m

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONDICIÓN CAPACITACIÓN SI	CONDICIÓN CAPACITACIÓN NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Cesar Herrera	2464479	✓		✓		✓		9 al 14	
2	Nicolas Tello	1007372934	✓		✓		✓		9 al 14	
3	Sebastian Arque	1007600973	✓		✓		✓		9 al 14	
4	Cristian Soler	1003[illegible]84	✓		✓		✓		9 al 14	
5	[illegible]	1003[illegible]60	✓		✓		✓		9 al 14	
6	[illegible]	1007372[illegible]	✓		✓		✓		9 al 14	
7	[illegible]	16.854.251	✓		✓		✓		9 al 14	
8	[illegible]	1003.091.028	✓		✓		✓		9 al 14	
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	Observaciones
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓						
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓					
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓					
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓					
¿Ha sentido que alguna dolencia que sienta pueda afectar su actividad de seguridad?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓					
En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓						

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

	Necesario SI	Necesario No	V.
V. verificación			
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:			
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vía		✓	
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Despresurizado	✓		
Limpiado con vapor	✓		
Ventilado	✓		
Drenado	✓		
Lavado con agua a presión	✓		
Limpiado con aire a presión	✓		
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas	✓		
Cierre de válvulas	✓		
Cerrado y etiquetado	✓		
Otros. Cual?			
Revisar:			
Área en busca de material combustibles	✓		
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hojarasca/humo	✓		
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa	✓		
Disponible mangueras/pantallas protectoras	✓		
Hay explosímetro, calibrado y buen estado			

Otras precauciones. Cuales? _____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Careta	✓		
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases	✓		
Filtro contra polvo/humo de soldadura	✓		
Peto	✓		
Protección auditiva		✓	
Cinturón de seguridad		✓	
Traje especial de protección	✓		
Botas de seguridad		✓	
Otros EPP. Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha: _____
Hora: _____
Método de Prueba _____
Tipo de Gas _____
Nivel de Concentración _____

Responsable: _____

INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
9-12-24	7:00AM	14-12-24	5:30PM

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

Escaneado con CamScanner

FIRMAS	
Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ningún objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo no dado para el equipo ni el personal.
Responsable SST/Vigía SST/Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable del trabajo a ejecutarse (EAP)

EQUIPOS A UTILIZAR	SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR
Rectificadora Equipo para soldar taladro magnetico	

RECURSOS A UTILIZAR					
Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otros. Cuales? _____	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CÓDIGO: SST-CAP-014
Fecha: 01/02/2024
VERSIÓN: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Fabricacion y montaje de puente
Lugar: Colegio Bosque
Duración estimada: 2 días
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo:

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS NO	ARL SI	ARL NO	CONTRATA CAPACITACIÓN SI	CONTRATA CAPACITACIÓN NO	HORARIO	FIRMA TRABAJADOR
1	[illegible]	1020[illegible]07	✓		✓		✓		7 a 4	
2	Sebastian M	1016760923	✓		✓		✓		7 a 3	Sebastian M
3	[illegible] Chacon	1007333423	✓		✓		✓		7 a 3	
4	Cesar Pelaez	1146[illegible]97	✓		✓		✓		7 a 3	
5	Andres Fer[illegible]	1007052[illegible]0	✓		✓		✓		7 a 3	
6	Camilo Tapia	1[illegible]056053	✓		✓		✓		7 a 3	
7	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		7 a 3	
8	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		7 a 3	
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	Observaciones
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con algunos menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓							
¿Ha consumido bebidas alcohólicas en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓							
¿Ha tenido algún accidente relacionado con esta actividad?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓							
¿Se siente con alguna dificultad que afecte pueda realizar su actividad de soldadura?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓							
En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

	Necesidad SI	Necesidad NO	V.
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:			
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vía	✓	✓	
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Desprovisto	✓		
Limpiado con vapor	✓		
Ventilado	✓		
Drenado	✓		
Lavado con agua a presión	✓		
Limpiado con aire a presión	✓		
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas	✓		
Cierre de válvulas	✓		
Cerrado y etiquetado	✓		
Otros, Cual?			
Revisar			
Área en busca de material combustibles			
Alrededor/bajo/por encima libres de hidrocarburos	✓		
Alrededor/bajo/por cerrados protegidos contra chispa	✓		
Disponible mamparas/pantallas protectores	✓		
Hay equipamiento, calibrado y buen estado			

Otras precauciones, Cuales?

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	✓		
Careta	✓		
Gafas / casco para soldar	✓		
Filtro contra gases	✓		
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto	✓		
Protección auditiva		✓	
Cinturón de seguridad		✓	
Traje especial de protección	✓		
Botas de seguridad		✓	
Otros EPP, Cuales?			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha:
Hora:
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable:

INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
1-2-24	5:00 AM	3/2-24	5:30

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

Escaneado con CamScanner

FIRMAS

Tengo conciencia de que estoy entrando del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.

Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas. Dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad necesarias. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo / el personal.

Responsable SST/Vigía HSE / Coordinador trabajo en Alturas (CAT)

Responsable del trabajo + ejecutante (CAT)

EQUIPOS A UTILIZAR

Soldadora
Equipo para soldar
Taladro energizado

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Condiciones *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☐	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (si aplica)	☐	☐
Otros. Cuáles?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CÓDIGO: SST-CAP-014
Fecha: 09/02/23
VERSIÓN: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Fabricacion y armado de Rondi
Lugar: Colegio Bilingue
Duración estimada: 1 Dias
Hora aproximada: 2:00 m
Número de personas en el trabajo: 3

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CEDULA	EPS SI	EPS NO	ARL SI	ARL NO	CURSO DE CAPACITACIÓN SI	CURSO DE CAPACITACIÓN NO	HORARIO	FIRMA TRABAJADOR
1	Mailon Cucas	1006388442	/		/		/		7-12-24	Mailon Cucas
2	Andres	1007623798	/		/		/		1-12-24	Andres
3	Sebastian M	1007605827	/		/		/		1-12-24	
4	Guillermo Hoyos	1065579352	/		/		/		1-12-24	
5	Cesar Herrera	2767749	/		/		/		1-12-24	
6	[illegible]	[illegible]	/		/		/		1-12-24	
7	[illegible]	[illegible]	/		/		/		1-12-24	
8	[illegible]	[illegible]								
9	[illegible]	1118571853								Cesar Rodriguez
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	Observaciones
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	/		/		/		/		/		/										
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		/		/		/		/		/		/									
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		/		/		/		/		/		/									
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		/		/		/		/		/		/									
¿Se siente con alguna situación que pueda poner en riesgo su actividad de ejecución?		/		/		/		/		/		/									
En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?	/		/		/		/		/		/										

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Se verificó:			
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:	/		
Demarcación provisional	/		
Señales de peligro adicionales	/		
Cerrar la vías		/	
Iluminación adicional	/		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	/		
Extintores adicionales			
El equipo ha sido:			
Despresurizado	/		
Limpiado con vapor	/		
Ventilado	/		
Drenado	/		
Lavado con agua a presión	/		
Limpiado con aire a presión	/		
El equipo ha sido aislado con:			
Bridas ciegas	/		
Cierre de válvulas	/		
Cerrado y etiquetado	/		
Otros. Cual?			
Revisar:			
Área en busca de material combustibles			
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos	/		
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa	/		
Disponible mamparas/pantallas protectoras	/		
Hay explosímetro, calibrado y buen estado	/		

Otras precauciones, Cuales? _____

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Casco de seguridad	/		
Caretas	/		
Gafas / casco para soldar	/		
Filtro contra gases	/		
Filtro contra polvos/humos de soldadura	/		
Pote	/		
Protección auditiva		/	
Cinturón de seguridad		/	
Traje especial de protección	/		
Botas de seguridad		/	
Otros EPP. Cuales? _____			

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases		

Realice personalmente la prueba a GAS en el área con los siguientes resultados:

Fecha: _____
Hora: _____
Método de Prueba _____
Tipo de Gas _____
Nivel de Concentración _____

Responsable: _____

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
1-12-24	7:00 am	1-12-24	7:00 am

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

Escaneado con CamScanner

Participantes
Equipo para soldeo
Soldeo magnético

Agua	☐	Nitrógeno	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energía	☑	ACETILENO	☐	Otros	☐

	Condiciones OK	No Conformes *
	☑	☐
	☑	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CODIGO: SST-CAP-004
FECHA: 20/02/2023
VERSION: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: instalacion y armado de puente
Lugar: colegio Bacha
Duración estimada: 2 dias
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo: 3

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Eduardo Cabo	8256302	✓		✓		✓		23 al 28	
2	Cesar Pareja	2464119	✓		✓		✓		23 al 28	
3	Carlos Rodriguez	1118537853	✓		✓		✓		23 al 28	
4			✓		✓		✓		23 al 28	
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	Observaciones
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓														
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Le mare miedo a las alturas?		✓		✓		✓		✓													
¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vertigo mareos?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha sentido algún accidente cerebrovascular?		✓		✓		✓		✓													
¿Se siente con alguna dificultad que cuente pueda realizar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓		✓		✓													
En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓														

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verificado:

	Necesidad SI	Necesidad NO	Reinicio 1 B	Reinicio 1 M	Reinicio 2 B	Reinicio 2 M
Demarcación provisional	✓		✓			
Señales de peligro adicionales	✓		✓			
Cerrar las vias		✓	✓			
Iluminación Adicional	✓		✓			
Superficies sacas, no resbalosas	✓		✓			
Puntos de anclaje	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad SI	Necesidad NO	Reinicio 1 B	Reinicio 1 M	Reinicio 2 B	Reinicio 2 M
Casco de Seguridad	✓		✓			
Gafas de Seguridad	✓		✓			
Protección Respiratoria	✓		✓			
Protección Auditiva	✓		✓			
Guantes	✓		✓			
Calzado de Seguridad	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	Necesidad SI	Necesidad NO	Reinicio 1 B	Reinicio 1 M	Reinicio 2 B	Reinicio 2 M
Linea de vida (verificar puntos de anclaje)	✓		✓			
Arnés de seguridad	✓		✓			

Eslinga: Arnés ☑ Auxiliar ☐ Posicionamiento ☐ Doble ☑ Absorbedor ☐ SI ☐ NO ☐

Escaneado con CamScanner

INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
23-12-24	7:00 AM	25-12-24	3:30 PM

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
4	11	4	4

FIRMAS

Doy constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Doy constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.
Responsable SST/Vigía SST o Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable de ejecutar el plan de emergencia (CAP)	x Jedr Perez Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

eslinga
arnes de seguridad
linea de vida

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

pintura

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☑	Gas propano	☑
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CODIGO: SST-CAP-004
FECHA: 20/02/2023
VERSION: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalacion y armado de puente
Lugar: colegio Bello
Duración estimada: 1 dias
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo: 2

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	92363013	✓		-		✓		22	
2	[illegible]	24641119	-		✓		-		22	
3										
4										
6										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓	-	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Le tiene miedo a las alturas?		✓		✓																	
¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos?		✓		✓																	
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓																	
¿Se siente con alguna afección que siente pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?	✓		✓																		

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verificado:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Demarcación provisional	✓		✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓		✓	
Cerrar las vías	✓		✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓		-	
Superficies secas, no resbalosas	✓		✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Lineas de vida (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓			
Arnés de seguridad	✓		✓			

Eslinga: Doble ☑ Simple ☐ Posicionamiento ☐ Con absorbedor ☑ Sin absorbedor ☐

Escaneado con CamScanner

INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
22-8-24	7:00 AM	22-12-24	5:30 PM

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.
Responsable SST/Vigía HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable de activar el plan de emergencia (CAP)	Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

eslinga
arnes de seguridad
linea de vida

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

Pintura

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☑	Gas propano	☑
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CODIGO: SST-CAP-004
FECHA: 20/02/2023
VERSION: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Fabricacion y armado de puente
Lugar: Colegio Bailen
Duración estimada: 7 dias
Numero de personas en el trabajo: 4
Altura aproximada: 20 m

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACIÓN		VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO		
1	Jean Perez	1003[illegible]	✓		✓		✓		16/02/24	Jean Perez
2	Jaelson [illegible]	[illegible]3	✓		✓		✓		16/02/24	
3	Cesar Herrera	24641519	✓		✓		✓		16/02/24	
4	Bayner Gonzalez	1005 021 078	✓		✓		✓		16/02/24	Bayner
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓														
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓		✓													
¿Le tiene miedo a las alturas?		✓		✓		✓		✓													
¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vertigo, mareos?		✓		✓		✓		✓													
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓		✓													
¿Se siente con alguna afección que siente pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓		✓		✓													
En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓														

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verificado:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Demarcación provisional	✓		✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓		✓	
Cerrar las vias		✓	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓		✓	
Superficies secas, no resbalosas	✓		✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revision 1		Revision 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	Necesidad		Revision 1		Revision 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga: Doble ☐ Sencilla ☐ "Y" ☑ Con Amortiguador ☑ SI ☐ NO ☐

Escaneado con CamScanner

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
16-12-24	7:00AM	21-12-24	5:30PM

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.
Responsable SST/Vigía HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable de aplicar el plan de emergencia (CAP)	Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

estingas
linea de vida
arnes de seguridad

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

Pinturas

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☑	Gas propano	☑
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CODIGO: SST-CAP-004
FECHA: 25/03/2023
VERSION: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Fabricacion y armado de puente
Lugar: Colegio Boita
Duración estimada: 7 dias
Número de personas en el trabajo: 2
Altura aproximada: 30 m

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR(ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Jairo [illegible]	8256312	✓		✓		✓		15	
2	Jair Perez	1003[illegible]	✓		✓		✓		15	Jair Perez
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Le tiene miedo a las alturas?		✓		✓																	
¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo, mareos?		✓		✓																	
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓																	
¿Se siente con alguna afección que cree pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓																	
En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?	✓		✓																		

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verificado:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Demarcación provisional	✓		✓			
Señales de peligro adicionales	✓		✓			
Cerrar las vias		✓	✓			
Iluminación Adicional	✓		✓			
Superficies secas, no resbalosas	✓		✓			
Puntos de anclaje	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓			
Gafas de Seguridad	✓		✓			
Protección Respiratoria	✓		✓			
Protección Auditiva	✓		✓			
Guantes	✓		✓			
Calzado de Seguridad	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓			
Arnés de seguridad	✓		✓			

Eslinga: Doble ☐ Sencilla ☑ "Y" ☐ Con Amortiguador ☑ Si ☐ No ☐

Escaneado con CamScanner

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
15-12-24	7:00 AM	15-12-24	5:30 PM

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni al personal.
Responsable SST/Vigia HSE o Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable de activar el plan de emergencia (CAP)	Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

eslinga
linea de vida
arnes de seguridad

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☑	Gas propano	☐
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☑

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

CAP	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CODIGO: SST-CAP-004
		FECHA: 20/02/2023
		VERSION: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalacion y armado de Arcos

Lugar: Colegio Bolka

Duración estimada: 72 hrs

Número de personas en el trabajo: 3

Altura aproximada: 20 m

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	NA	SI	NA	SI	NO	VIGENCIA	
1	Jeni Perez	1003088860	✓		✓		✓		9 al 14	Jeni Perez
2	Luis Charan	1007777125	✓		✓		✓		9 al 14	
3	Benner	1005.091.078	✓		✓		✓		9 al 14	Benner
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓															
¿Le tiene miedo a las alturas?		✓		✓		✓															
¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo, mareos?		✓		✓		✓															
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		-		✓															
¿Se siente con alguna afección que usted pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓		✓															
En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓																

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verificado:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Demarcación provisional	✓		✓		✓	
Señales de peligro adicionales	-		✓		✓	
Cerrar las vias		✓	✓		✓	
Iluminación Adicional	✓		✓		✓	
Superficies secas, no resbalosas	✓		✓		-	
Puntos de anclaje	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		-		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Líneas de vida (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓			
Arnés de seguridad	✓		✓			

Eslinga: Doble ☐ Sencilla ☐ Posicionamiento ☐ Graduable ☐ Con Absorbedor ☐ N ☐ NO ☐

Escaneado con CamScanner

INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
9-12-24	7:00AM	14-12-24	5:30PM

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo	Ya he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.
		Jean Perez
Responsable SST/Vigía HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable de activar el plan de emergencia (CAP)	Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

eslingas
arnes
linea de vida

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☑	Gas propano	☐
Energía	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

_____

_____

_____

Escaneado con CamScanner

CAP	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CODIGO: SST-CAP-004
		FECHA: 28/02/2023
		VERSION: 01

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: fabricacion y armado de puente

Lugar: Colegio Bolivar

Duración estimada: 7 días

Número de personas en el trabajo: 3

Altura aproximada: 20 mts

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Luis Chaux	1002772125	✓		✓		✓		2 al 7	
2	Leo. Tejada	1003[illegible]761	✓		✓		✓		2 al 7	
3	Anales	1027052794	✓		✓		✓		2 al 7	Anales
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		✓		✓		✓															
¿Le tiene miedo a las alturas?		✓		✓		✓															
¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos?		✓		✓		✓															
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓		✓															
¿Se siente con alguna afección que sienta puede afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓		✓															
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓																

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verificado:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Demarcación provisional	✓		✓			
Señales de peligro adicionales	✓		✓			
Cerrar las vias	✓		✓			
Iluminación Adicional	✓		✓			
Superficies secas, no resbalosas	✓		✓			
Puntos de anclaje	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓			
Gafas de Seguridad	✓		✓			
Protección Respiratoria	✓		✓			
Protección Auditiva	✓		✓			
Guantes	✓		✓			
Calzado de Seguridad	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓			
Arnés de seguridad	✓		✓			

Eslinga: Simple ☑ Doble ☐ Posicionamiento ☐ Con Absorbedor ☑ SI ☐ NO ☐

Escaneado con CamScanner

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
2-12-24	7:00AM	7-12-24	5:30AM

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.	Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas. Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.
Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable de activar el plan de emergencia (CAP)	Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

eslinga
linea de vida
arnes de seguridad
PTS

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	Gas natural	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	Gas propano	☐
Energia	☑	ACPM	☐	Otros	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otras. Cuales? _____	☐	☐
_____	☐	☐

Observaciones

Escaneado con CamScanner

FORMATO DE INSPECCION DE TALADRO MAGNÉTICO

CODIGO: SST-CAP-069
FECHA: 02/09/2023
VERSION: 02

Proyecto: Colegio Zaita — Serie No.: — Modelo: GJC23 — Marca: Dong Cheng

Inspeccionado por: Sebastian Montenegro — Periodo: del 01 al 31 de Diciembre — Equipo No.:

MES:

DESCRIPCIÓN	CANT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXION ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
ESTADO DE LIMPIEZA DEL EQUIPO (SIN GRASA, ACEITE, POLVO)		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
ESTADO DE ALOJAMIENTO DE PORTA BROCAS (MANDRIL)		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
ESTADO DE LA LLAVE DEL MANDRIL		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SEGURO		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
ESTADO DE INTERRUPTOR DE ACCION DE MARTILLO		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE CAMBIO DE REVOLUCIONES		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
ESTADO GENERAL DEL TALADRO (NO ESTA GOLPEADA, NO PRESENTE ABOLLADURAS, NO ESTA FISURADA EN SU CARCAZA)		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
SE DISPONEN Y UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
CUENTA CON SUPERFICIE DE TRABAJO		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
DISPONE DE ELEMENTO DE AGARRE EN SUPERFICIE DE TRABAJO		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
DISPONIBILIDAD DE BROCAS Y ESTADO OPERACIONAL DE ESTAS DE ACUERDO A NECESIDADES DE TRABAJO		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			
OTRO:		/	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/	/					/	/				/	/	/			

Firma operador responsable del equipo: x Sebastian M.

Vo.Bo. SUPERVISOR SST-A:

Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1020 760 823 — Afiliación EPS: NUEVA EPS — Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI [/] NO [ ] Con restricción: [ ]

Inspeccionado por:		
1 Sebastian M.	11 Sebastian M.	21 Sebastian M.
2 Sebastian M.	12 Sebastian M.	22 Sebastian M.
3 Sebastian M.	13 Sebastian M.	23 //
4 Sebastian M.	14 Sebastian M.	24
5 Sebastian M.	15 Sebastian M. x	25
6	16 Sebastian M.	26 Sebastian M.
7 //	17	27 Sebastian M.
8	18 //	28 Sebastian M.
9 Sebastian M.	19	29
10 Sebastian M.	20	30 //
		31

OBSERVACIONES DE LA INSPECCION:

Sebastian M.
OPERADOR

FIRMA ING. RESIDENTE — SUPERVISOR SST

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina, en caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

CAP

FORMATO DE INSPECCION DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Cabazo Bolta Serie No.: _____ Modelo: auto switch 1100 - 2100 Marca: Lincoln

Inspeccionado por: EDISSON Rodriguez Periodo: del 01 al 31 de Diciembre Equipo No. 2

MES:

DESCRIPCIÓN	CANT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICÓ EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)																			/	/	/	/		/				/	/			
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE																			/	/	/	/		/				/	/			
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS																			/	/	/	/		/				/	/			
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA																			/	/	/	/		/				/	/			
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO																			/	/	/	/		/				/	/			
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS																			/	/	/	/		/				/	/			
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO.																			/	/	/	/		/				/	/			
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO																			/	/	/	/		/				/	/			
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA																			/	/	/	/		/				/	/			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (5500-15000)																			/	/	/	/		/				/	/			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA																			/	/	/	/		/				/	/			
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC.)																			/	/	/	/		/				/	/			
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR																			/	/	/	/		/				/	/			
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS																			/	/	/	/		/				/	/			
ESTADO DEL DISCO																			/	/	/	/		/				/	/			

Firma del Operador responsable del equipo:	Edisson Rodriguez
Vo.Bo. SUPERVISOR SST:	Guio Fernandez
Documentos del Operador	Registro/Cedula de Ciudadanía: 1118571853
	Afiliación EPS: salud total
	Afiliación ARL: SURA
Aprobado	SI [/] NO [ ] Con restricción: [ ]

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN: _____

INSPECCIONADO POR: Edisson Rodriguez

1 Y	11	21 Edisson Rodriguez
2	12	22
3	13	23 Edisson Rodriguez
4	14	24
5	15	25 //
6	16	26
7	17	27 Edisson Rodriguez
8	18 Edisson Rodriguez	28 Edisson Rodriguez
9	19 Edisson Rodriguez	29
10	20 Edisson Rodriguez	30 //
		31

Edisson Rodriguez
OPERADOR

SUPERVISOR SST

FIRMA ING. RESIDENTE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

CAP

FORMATO DE INSPECCION DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Boka
Inspeccionado por: Banner Gonzalez
Serie No.: BV60974-1
Periodo: del 01 al 31 de Diciembre
Modelo: 419/MIG/MAG/TIG 6300
Marca: Lincoln Electric
Equipo No.: 5

MES:

DESCRIPCIÓN	CANT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICÓ EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				-				
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE ANTORCHA												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
ESTADO GENERAL DE LA MANGUERA QUE ABRIGARA EL DISCO												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO.												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUAYA												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (6500-11000)												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				
ESTADO DEL DISCO												/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/				/				

Firma del Operador responsable del equipo: Banner

Vo.Bo. SUPERVISOR SST/A: Cesar Fernandez

Documentos del Operador:
- Registro/Cedula de Ciudadanía: 1005091028
- Afiliación EPS: Salud total
- Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI [ ] NO [ ] Con restricción: [ ]

INSPECCIONADO POR:

1	Banner	11	Banner
2	Banner	12	Banner
3		13	Banner
4		14	Banner
5		15	
6		16	Banner
7		17	Banner
8		18	Banner
9		19	Banner
10		20	Banner
21	Banner
22	
23	Banner
24	
25	
26	
27	Banner
28	
29	
30	
31	

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

Banner
OPERADOR

SUPERVISOR SST

FIRMA ING. RESIDENTE

NOTA IMPORTANTE: La inspección precperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

CAP

FORMATO DE INSPECCION DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bosto
Sede No.
Modelo: FLEX 265
Marca: Furibs
Inspeccionado por: Gilson montes
Periodo: del 1 al 31 de Diciembre
Equipo No. 6

MES

DESCRIPCIÓN	CANT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICÓ EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO.		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (5000-15000)		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				
ESTADO DEL DISCO		✓	✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓				

Firma del Operador responsable del equipo:

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1.839.242 | Afiliación EPS: Salud total | Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI [✓] NO [ ] Con restricción: [ ]

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR:

1		11	21
2		12	22
3		13	23
4		14	24
5		15	25
6		16	26
7		17	27
8		18	28
9		19	29
10		20	30
			31

SUPERVISOR SST

OPERADOR

FIRMA ING. RESIDENTE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

CAP

FORMATO DE INSPECCION DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-002
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bosta

Inspeccionado por: Nicolas Bello

Serie No. _____ Modelo: SD1023015/220M Marca: SD1023015/220M VDC

Periodo: del 01 al 31 de Diciembre Equipo No. 4

DESCRIPCIÓN	CANT	MES: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
VERIFICÓ EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO.				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SEGURO				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS A LAS RPM (6500-15000)				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA EL AREA				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (GRIETAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP EN LA LABOR				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
HAN INSTALADO BARRERAS-ELEMENTOS APROPIADOS				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											
ESTADO DEL DISCO				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓											

Nombre del Operador responsable del equipo: [signature]

INSPECCIONADO POR: Nicolas Bello

NOMBRE SUPERVISOR SSTA: Edwin Fernandez

Registro/Cedula de Ciudadanía: 1007 354 344

Afiliación EPS: Sanitas

Afiliación ARL: SURA

Lineamientos del Operador

Apto: SI [✓] NO [ ] Con restricción: [ ]

1	✓	11	✓	21	
2	✓	12	✓	22	
3	✓	13	✓	23	
4	✓	14	✓	24	/ /
5	✓	15		25	
6	//	16	✓	26	
7		17	✓	27	
8		18	✓	28	
9	✓	19		29	
10	✓	20	✓	30	
				31	

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP- 061
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolda
Serie No.:
Modelo: FLB 265
Marca: FOTTOS
Inspeccionado por: Roger Barrios
Periodo: del 01 al 31 de Diciembre
Equipo No. 6

DESCRIPCIÓN	CANT	MES: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
ESTADO DE LA GUIA DE LA GGARDA			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (RISO 115/00)			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																			
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR			✓	✓	✓	✓					✓	✓	-																			
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS			✓	✓	✓	✓					✓	✓	-																			
ESTADO DEL DISCO			✓	✓	✓	✓					✓	✓	-																			

Firma del Operador responsable del equipo:

INSPECCIONADO POR: Roger Barrios

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador
- Registro/Cedula de Ciudadanía: 1007 0504
- Afiliación EPS: SURA
- Afiliación ARL: SURA

Apróbado: SI [ ] NO [ ] Con restricción:

1		11	21
2		12	22
3		13	23
4		14	24
5		15	25
6		16	26
7		17	27
8		18	28
9		19	29
10		20	30
			31

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE | SUPERVISOR SST | OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

CAP

FORMATO DE INSPECCION DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 26/06/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolda Serie No.: DOVA Modelo: MTH-PM 207CE3 Marca: HK ULTRA

Inspeccionado por: Edi Perez Periodo: del 01 al 31 de Diciembre Equipo No.:

DESCRIPCIÓN	CANT	MES: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICÓ EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO.		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (6500-15000)		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO DEL DISCO		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												

Firma del Operador responsable del equipo: Edi Perez

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA: Cesar Hernandez

Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1003 253 850; Afiliación EPS: Sanitas salud; Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI [✓] NO [ ] Con restricción: [ ]

INSPECCIONADO POR: Edi Perez

1	Edi Perez	11	Edi Perez
2	Edi Perez	12	Edi Perez
3	Edi Perez	13	Edi Perez
4	Edi Perez	14	Edi Perez
5	Edi Perez	15	Edi Perez
6	//	16	Edi Perez
7	//	17	Edi Perez
8	//	18	Edi Perez
9	//	19	Edi Perez
10	Edi Perez	20	//
		21	//
		22	//
		23	//
		24	//
		25	//
		26	//
		27	//
		28	//
		29	//
		30	//
		31	Edi Perez

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

CAP

FORMATO DE INSPECCION DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bello | Serie No.: GV60974-1 | Modelo: MIGIA MAT160300 | Marca: Lincoln Electric

Inspeccionado por: Luis Chacon | Periodo: del 01 al 31 de Diciembre | Equipo No.: 5

DESCRIPCIÓN	CANT	MES: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICÓ EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO.		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO.		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (6500-15000)		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓																	
ESTADO DEL DISCO		✓		✓	✓						✓	✓	✓	✓																	

Firma del Operador responsable del equipo:

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA: Edwin Fernandez

Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1007728123 | Afiliación EPS: NUEVA EPS | Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI [✓] NO [ ] Con restricción: [ ]

INSPECCIONADO POR: Luis Chacon

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE | SUPERVISOR SST | OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP-001
FECHA: 29/06/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolivia
Inspeccionado por: Edisson Rodriguez
Sede No.: 2-19
Periodo: del 01 al 31 de Diciembre
Modelo: VAJ 2000
Equipo No.:
Marca: BULL

DESCRIPCIÓN	CANT
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXION ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)	
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE	
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS	
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA	
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO	
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO	
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO	
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (9500-15000)	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA	
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)	
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O ELEMENTOS APROPIADOS	
ESTADO DEL DISCO	
Firma del Operador responsable del equipo:	Edisson Rodriguez
Vo.Bo. SUPERVISOR SST/A:	
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía	1118571853
Afiliación EPS	Salud total
Afiliación ARL	Sura
Apretado: SI [X] NO [ ] Con Herramienta [ ]	

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN

1		11	21 Edison Rodriguez
2		12	22
3		13 Edison Rodriguez	23 Edison Rodriguez
4		14	24
5		15	25
6		16	26
7		17	27 Edison Rodriguez
8		18 Edison Rodriguez	28 Edison Rodriguez
9		19 Edison Rodriguez	29
10		20 Edison Rodriguez	30
			31

INSPECCIONADO POR: Edison Rodriguez

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

Edison Rodriguez
OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP- 061
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolta
Serie No.: 24140240205
Modelo: DMG 100 x 8 3
Marca: SUCCO
Inspeccionado por: Manuel Contreras
Periodo: del 01 al 31 de Diciembre
Equipo No.:

DESCRIPCIÓN	CANT	MES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (9500-15000)		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ESTADO DEL DISCO		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
Firma del Operador responsable del equipo:	x Manuel C.	
Vo.Bo. SUPERVISOR SST:		
Documentos del Operador	Registro/Cedula de Ciudadania: CC 1117476927	
	Afiliación EPS: Salud total	
	Afiliación ARL: Sura	
Aprobado	SI ✓ NO	Con restricción:

INSPECCIONADO POR: Manuel Contreras

1	11	21 Manuel C.
2	12	22
3	13	23 Manuel C.
4	14	24
5	15	25
6	16	26 Manuel C.
7	17	27 Manuel C.
8	18 x Manuel C.	28 Manuel C.
9	19 Manuel C.	29
10	20 Manuel C.	30
		31

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

Manuel C.
OPERADOR

SUPERVISOR SST

FIRMA ING. RESIDENTE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP- 861
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bella
Inspeccionado por: Barrera Gonzalez
Serie No.: 232-874140
Periodo: del 01 al 31 de Diciembre
Modelo: VAJ 2000 B
Equipo No.:
Marca: INGCO

MES

DESCRIPCIÓN	CANT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICÓ EL ESTADO DE CONEXION ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)													✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓					
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE													/	/	✓		✓	✓	✓	✓	/	/	/					/					
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS													/	/	✓		✓	✓	✓	✓	/	/	/					/					
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA													/	/	✓		✓	✓	✓	✓	/	/	/					/					
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO													/	/	✓		✓	✓	✓	✓	/	/	/					/					
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS													/	/	/		✓	✓	/	✓	/	/	/					/					
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO													/	/	/		✓	✓	/	✓	/	/	/					/					
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO													/	/	/		✓	✓	/	✓	/	/	/					/					
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA													/	/	/		✓	✓	/	✓	/	/	/					/					
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (RPM-10000)													/	/	/		✓	✓	/	✓	/	/	/					/					
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA													/	/	/		✓	✓	/	✓	/	/	/					/					
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (GOLPES, RUPTURAS, ASEO, ETC.)													/	/	/		✓	✓	/	✓	/	/	/					/					
SE UTILIZA ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR													/	/	/		✓	✓	/	✓	/	/	/					/					
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O ELEMENTOS APROPIADOS													/	/	/		✓	✓	/	✓	/	/	/					/					
ESTADO DEL DISCO													/	/	/		✓	✓	/	✓	/	/	/					/					

Firma del Operador responsable del equipo: ✓ Barrera

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA: Cesar Fernandez

Documentos del Operador:
- Registro/Cedula de Ciudadanía: 1005041028
- Afiliación EPS: salud total
- Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI [✓] NO [ ] Con restricción: [ ]

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: ✓ Barrera

1	11	21 Barrera
2	12 ✓ Barrera	22
3	13 Barrera	23 Barrera
4	14 Barrera	24
5	15	25
6	16 Barrera	26
7	17 Barrera	27 Barrera
8	18 Barrera	28
9	19 Barrera	29
10	20 Barrera	30
		31

SUPERVISOR SST

✓ Barrera
OPERADOR

FIRMA ING. RESIDENTE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP-061
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolivia
Serie No.:
Modelo: VAJ 2006
Marca: INCCO
Inspeccionado por: Luis Chacon
Periodo: del 01 al 31 de Diciembre
Equipo No.:

DESCRIPCIÓN	CANT	MES 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICÓ EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
ESTADO DE LA GUIA DE LA CUARDIA		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (8500-15000)		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		
ESTADO DEL DISCO		✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓																		

INSPECCIONADO POR: Luis Chacon

Firma del Operador responsable del equipo: Cesar Fernandez
Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1007721125
Afiliación EPS: NUEVA EPS
Afiliación ARL: SURA
Aprobado: SI [✓] NO [ ] Con restricción:

OBSERVACIONES DE LA INSPECCION:

1	✓	11	✓	21	
2	✓	12	✓	22	
3	✓	13	✓	23	
4		14		24	
5	✓	15	✓	25	✓
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10	✓	20		30	
				31	

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP- 061
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio, Baita
Serie No.:
Modelo: M0920
Marca: Makita
Inspeccionado por: Jefri Perez
Periodo: del 01 al 31 de Diciembre
Equipo No.:

DESCRIPCIÓN	CANT	MES: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICÓ EL ESTADO DE CONEXIÓN ELÉCTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (9500-10000)		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
SE HAN INSTALADO BARRERAS (RETAMENTOS APROPIADOS		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
ESTADO DEL DISCO		✓	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												

Firma del Operador responsable del equipo: Jefri Perez
Vo.Bo. SUPERVISOR SST/A:

Documentos del Operador:
- Registro/Cedula de Ciudadanía: 1003 789 960
- Afiliación EPS: Salud total
- Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI [✓] NO [ ] Con restricción: [ ]

OBSERVACIONES DE LA INSPECCION:

INSPECCIONADO POR: Jefri Perez

1 Jefri Perez	11 Jefri Perez	21
2 Jefri Perez	12 Jefri Perez	22
3 Jefri Perez	13 Jefri Perez	23
4 Jefri Perez	14 Jefri Perez	24
5	15 Jefri Perez	25
6	16 Jefri Perez	26
7	17 Jefri Perez	27
8	18 Jefri Perez	28
9	19 Jefri Perez	29
10 Jefri Perez	20	30
		31

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

Jefri Perez
OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

CAP

FORMATO DE INSPECCION DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolivia Serie No.: 232 8734248 Modelo: UMJ 200018 Marca: INGCO

Inspeccionado por: Rogel Suarez Periodo: del 01 al 31 de Diciembre Equipo No.:

DESCRIPCIÓN	CANT	MES: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA DE ASEGURA EL DISCO			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (6000-10000)			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		
ESTADO DEL DISCO			✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓																		

Firma del Operador responsable del equipo:

INSPECCIONADO POR:

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA: Cesar Fernandez

Documentos del Operador	
Registro/Cedula de Ciudadanía:	1001305509
Afiliación EPS:	SURA
Afiliación ARL:	SURA
Aprobado	SI [✓] NO [ ] Con restricción:

1	11	21	
2	12	22	
3	13	23	
4	14	24	
5	15	25	
6	16	26	
7	17	27	
8	18	28	
9	19	29	
10	20	30	
		31	

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE | SUPERVISOR SST | OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP-061
FECHA: 25/06/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Borda — Serie No.: 241400402O5 — Modelo: VAG 100 323 — Marca: INCCO

Inspeccionado por: Nicolas Bello — Periodo: del 01 al 31 de Diciembre — Equipo No.:

DESCRIPCIÓN	CANT	MES 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		•											
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA USE ACCESORIOS				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (RPM 4500)				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
SE HAN INSTALADO BARRERAS HID ASILAMIENTOS APROPIADOS				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										
ESTADO DEL DISCO				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓										

Firma del Operador responsable del equipo:

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador	
	Registro/Cedula de Ciudadanía: 1007384394
	Afiliación EPS: Sanitas
	Afiliación ARL: SURA
Apoderado	SI [✓] NO [ ] Con reelbcolo:

INSPECCIONADO POR: Nicolas Bello

1	11	21
2	12	22
3	13	23
4	14	24
5	15	25
6	16	26
7	17	27
8	18	28
9	19	29
10	20	30
		31

OBSERVACIONES DE LA INSPECCION:

FIRMA ING. RESIDENTE — SUPERVISOR SST — OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

	FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA	CODIGO: SST-CAP- 061 FECHA: 25/08/2023 VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bacha — Serie No. 2062490 18 — Modelo: VAP 200018 — Marca: SPECO

Inspeccionado por: Guillermo montes — Periodo: del 23 al 31 de Diciembre — Equipo No.

MES:

DESCRIPCIÓN	CANT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXION ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (5500-10000)		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO ETC.)		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			
ESTADO DEL DISCO		/	/	/	/	/						/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/					/	/			

Firma del Operador responsable del equipo:

Ve.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador — Registro/Cedula de Ciudadanía: 18 854 252 — Afiliación EPS: salud total — Afiliación ARL: SURA

Apto/apto — SI [/] NO [ ] — Con restricción:

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR:

1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	NO
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	
		21	
		22	
		23	
		24	
		25	
		26	
		27	
		28	
		29	
		30	
		31	

FIRMA ING. RESIDENTE — SUPERVISOR SST — OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP- 001
FECHA: 25/09/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bella — Serie No.: 1322339e240 — Modelo: Uhj 200018 — Marca: Dueco

Inspeccionado por: Sebastian montenegro — Periodo: del 01 al 31 de Diciembre — Equipo No.:

DESCRIPCIÓN	CANT	MES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXION ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)		✓ ✓
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE		✓ ✓
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS		✓ ✓
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA		✓ ✓
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO		✓ ✓
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS		✓ ✓
ESTADO DE INSTALACION DEL MANGO		✓ ✓
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO		✓ ✓
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA		✓ ✓
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS (Platos, Lijas, Brocas, Cepillos)		✓ ✓
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LA TAREA		✓ ✓
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)		✓ ✓
SE UTILIZA ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR		✓ ✓
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS		✓ ✓
ESTADO DEL DISCO		✓ ✓

Firma del Operador responsable del equipo: Sebastian M.

No.Rol. SUPERVISOR SST A: Gum

Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1020 760 823 — Afiliación EPS: Nueva EPS — Afiliación ARL: Sura

Ayudante: Si [✓] NO [ ] Con restricción: [ ]

INSPECCIONADO POR: Sebastian Montenegro

1 Sebastian M.	11 Sebastian M.	21 Sebastian M.
2 Sebastian M.	12 Sebastian M.	22 Sebastian M.
3 Sebastian M.	13 Sebastian M.	23
4 Sebastian M.	14 Sebastian M.	24 11
5 Sebastian M.	15	25
6	16 Sebastian M.	26 Sebastian M.
7 11	17	27 Sebastian M.
8	18	28 Sebastian M.
9 Sebastian M.	19 11	29
10 Sebastian M.	20	30 11
		31

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA INGL. RESIDENTE — SUPERVISOR SST — Sebastian M. OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

	FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA	CODIGO: SST-CAP- 061 FECHA: 25/06/2023 VERSION: 01

Proyecto: Colegio Boita — Serie No.: 1328739000018 — Modelo: UAy 200018 — Marca: Lucco

Inspeccionado por: Marlon Caceres — Periodo: del 01 al 31 de Diciembre — Equipo No.:

MES:

DESCRIPCIÓN	CANT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXION ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)		✓	✓	✓	●	✓																										
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE		✓	✓	✓	✓	✓																										
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS		✓	✓	✓	✓	✓																										
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA		✓	✓	✓	✓	✓																										
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE SOSTIENE EL DISCO		✓	✓	✓	✓	✓																										
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS		✓	✓	✓	✓	✓																										
ESTADO DE INSTALACION DEL MANGO		✓	✓	✓	✓	✓																										
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO		✓	✓	✓	✓	✓																										
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA		✓	✓	✓	✓	✓																										
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (9500-15000)		✓	✓	✓	✓	✓																										
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA		✓	✓	✓	✓	✓																										
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)		✓	✓	✓	✓	✓																										
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR		✓	✓	✓	✓	✓																										
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS		✓	✓	✓	✓	✓																										
ESTADO DEL DISCO		✓	✓	✓	✓	✓																										

Firma del Operador responsable del equipo:	marlon caceres
Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:	
Documentos del Operador	Registro/Cedula de Ciudadania: 1066 880 496
	Afiliación EPS: Nueva EPS
	Afiliación ARL: SURA
Apto/aido	SI [X] NO [ ] Con restricción:

INSPECCIONADO POR: marlon caceres

1	marlon caceres	11	21
2	marlon caceres	12	22
3	marlon caceres	13	23
4	marlon caceres	14	24
5	marlon caceres	15	25
6		16	26
7		17	27
8		18	28
9		19	29
10		20	30
			31

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

marlon caceres
OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP-061
FECHA: 25/08/2023
VERSION: 01

Proyecto: Carrizal Zarca
Inspeccionado por: Cesar Herrera
Serie No. 200460300378
Periodo: del 1 al 31 de Diciembre
Modelo: UAJ 20067
Marca: INGCO
Equipo No.

MES:

DESCRIPCIÓN	CANT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXION ELECTRICA (ESTABILIDAD, CABLES, TOMAS)		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
ESTADO DE INSTALACION DEL MANGO		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS APN (DISCO TIERRA)		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (ROLINAS, RUPTURAS, ASTILLAS ETC.)		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		
ESTADO DEL DISCO		✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		

Firma del Operador responsable del equipo:

Vo.Bo. SUPERVISOR SST:

Documentos del Operador:
- Seguros/Carnet de Contratista: 1469199 PPT
- Afiliación EPS: Salud total
- Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI [✓] NO [ ] Con restricción: [ ]

OBSERVACIONES DE LA INSPECCION:

INSPECCIONADO POR: Cesar Herrera

1	Cesar	11	Cesar
2	Cesar	12	Cesar
3	Cesar	13	Cesar
4		14	Cesar
5	Cesar	15	Cesar
6		16	Cesar
7		17	Cesar
8	11	18	Cesar
9	Cesar	19	Cesar
10	Cesar	20	Cesar
		21	
		22	Cesar
		23	Cesar
		24	Cesar
		25	
		26	Cesar
		27	Cesar
		28	Cesar
		29	Cesar
		30	11
		31	

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle a su SUPERVISOR quien tomará la decisión más segura.

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

FECHA DE VIGENCIA	DEL DIA	25	AL DIA	30	MES Y AÑO	11/2024	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#5
LUGAR DE OPERACIÓN:	Proyecto Colegio Boila							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Taladro, Pulidora, herramientas de mano							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Mampostería General, Destronque de pisos, enchape General							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Residente de obra e inspector SST							

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
LISTADO DE PISOS	LIMPIEZA DE PISO HIDRATAR SUELO ALISTADO DE PUNTOS CARGUE DE PISO RASPAR PISO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
LISTADO DE PISOS IMPERMEABILIZADOS	LIMPIEZA DE PISO HIDRATAR SUELO LISTADO DE PUNTOS CARGUE DE PISO RASPAR PISO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIÓN DE BALDOSAS	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
INSTALACIÓN DE CENEFA EN GRANITO PULIDO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
INSTALACIÓN DE GUARDAESCOBAS MEDIACAÑA VIDRIO PRENSADO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
			HONGOS BACTERIAS		
INSTALACIONES GUARDAESCOBAS BALDOSA BLANCO HUILA EN GRANITO PULIDO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
LIMPIEZA SUPERFICIES DE MUROS EN LADRILLO A LA VISTA	RAPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA LIMPIEZA CON TAPETE SECO LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
PROTECCIÓN MURO LADRILLO LIMPIO O CONCRETO	RAPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA LIMPIEZA CON TAPETE SECO LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
DILATACIONES PARA FISO EN PLACA	LIMPIEZA DE ESPACIO HIDRATACIÓN DE ESPACIO CIMBRADO CORTE DE PLACA LIMPIEZA DE DILATACIÓN APLICACIÓN DE SIKAFLEX	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
MURO BORDE EN CONCRETO 3000 PSI INCLUYE ANCLAJES Y ARMADO DE ACERO	LIMPIEZA DE ESPACIO DEMARCACIÓN DEL ESPACIO CIMBRADO HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO MODELADO DE BORDILLO	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
CAMBIO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA	SEÑALIZACIÓN DE PIEZAS A CAMBIAR RETIRADO DE PIEZAS DESPICADAS O ROTAS LISTADO DE PIEZAS A COLOCAR CORTADO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA PREPARACIÓN DE MEZCLA PEGADO DE PIEZAS NUEVAS LIMPIEZA DE LADRILLO PEGADO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
MURO EN LADRILLO PORTANTE 30 TERRACOTA DE 29*14.5*9	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
MURO EN LADRILLO PRENSADO LIVIANO 6 CM TERRACOTA 24.5*12*6	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
MURO EN BLOQUE NO. 5 CON PERFORACION VERTICAL R DE 33*11.5*23	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
COLUMNETAS EN CONCRETO ARMADO,INCLUYE ANCLAJES	LIMPIEZA DE ESPACIO DEMARCACIÓN DEL ESPACIO CIMBRADO HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS, BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
	APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO		POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
PAÑETE IMPERMEABILIZADO 1:3, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES	LIMPIEZA DE LA ZONA HIDRATAR MURO ALISTADO DE MEZCLA ALISTADO DE PUNTOS APLICACION DE PAÑETE RASPAR MURO AFINAR MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
VIGACINTAS Y VIGAS CANCHADAS EN CONCRETO	REVISIÓN DE NIVEL COLOCACIÓN DE GRAFILES CORTE DE PIEZAS TAPADO DE HUECOS EN LADRILLO PREPARACIÓN DE MEZCLA FUNDIDA DE VIGAS CINTAS	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
RELLENO CON MATERIAL IMPORTADO B-400	LIMPIEZA DE ZONA DE TRABAJO COORDINACIÓN DE NIVELES SE ESPARCE EL MATERIAL A COMPACTAR CADA 20 CM COMPACTACIÓN CON CANGURO APLICACIÓN DE AGUA PARA APRETAR EL TERRENO	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS,ALERGIAS,BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES,ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIÓN DE DRIWALL	PREPARAR SUPERFICIE. TOMA DE MEDIDAS. CORTE DE LAMINA. CORTE DE ESTRUCTURA EN ALUMINIO. TIROTEAR ESTRUTURA Y PARALES. INSTALACIÓN DE FRESCASA. PONER TAPA CON TORNILLOS. SELLAR CON YESO, ESTUCO Y PINTAR	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	MATERIAL PARTICULADO PROYECCIÓN DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS TRABAJO EN ALTURAS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES, ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE, FRACTURAS, AMPUTACIONES	-USO CONTINUO DE EPP - AUTOCUIDADO - PAUSAS ACTIVAS -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD - CHARLA PREOPERACIONAL

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☑	Guantes	☑	Mascara facial	☐	Lockout/Tagout	☐
Botas de seguridad	☑	Protección Respiratoria	☑	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☑
Gafas de Seguridad	☑	Protección Auditiva	☑	Extintores	☑	Charla pre-operacional	☑
Overol	☐	Equipos de protección contra caídas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☑	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☑
Kit Invernal	☐	Dotación	☑	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

No.	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	YIMER CAMACHO VELANDIA	1033729293	YIMER CAMACHO
2	Jose Isidro Herrera V	18410 548	
3	ALEJANDRO Pedroza	7478 0385	
4		7188 7483	

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

5	Esteban Felipe Salamanca Tovar	1001286573	
6	Hamid Esteban Lopez Sanchez	1020915738	
7	Jersol David salamanca	1000579738	
8	gustavo ostos	1024524913	
9	Jefferson angulo	7026293855	Jefferson
10	Jeferson Vega Soto	1000930664	Jeferson V.
11	Jair Manrique	1018879720	Jair
12	Segundo Cordoba	8036577	
13	Fabian Cordoba	1033709947	
14	Jimey Dario medina cifuentes	1024686802	
15	Juan cifuentes Gutierrez	1016029137	Juan Cifuentes
16	Ivan cifuentes	1033722787	Ivan Cifuentes
17	Miguel Anzola	1055555295	Miguel. A.
18			
19			
20			
21			

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

FECHA DE VIGENCIA	DEL DIA	2	AL DIA	7	MES Y AÑO	12/2024	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#6
LUGAR DE OPERACIÓN:	Colegio Borda							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	taladro, Polidora, herramienta de mano, Destroncadora pisos.							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Mamposteria General, enchape General, Pulido de pisos.							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Residente de obra e Inspector SST							

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ALISTADO DE PISOS	LIMPIEZA DE PISO HIDRATAR SUELO ALISTADO DE PUNTOS CARGUE DE PISO RASPAR PISO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
ALISTADO DE PISOS IMPERMEABILIZADOS	LIMPIEZA DE PISO HIDRATAR SUELO LISTADO DE PUNTOS CARGUE DE PISO RASPAR PISO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIÓN DE BALDOSAS	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
INSTALACIÓN DE CENEFA EN GRANITO PULIDO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
INSTALACIÓN DE GUARDAESCOBAS MEDIACAÑA VIDRIO PRENSADO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
			HONGOS BACTERIAS		
INSTALACIONES GUARDAESCOBAS BALDOSA BLANCO HUILA EN GRANITO PULIDO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
LIMPIEZA SUPERFICIES DE MUROS EN LADRILLO A LA VISTA	RAPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA LIMPIEZA CON TAPETE SECO LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
PROTECCIÓN MURO LADRILLO LIMPIO O CONCRETO	RAPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA LIMPIEZA CON TAPETE SECO LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
DILATACIONES PARA PISO EN PLACA	LIMPIEZA DE ESPACIO HIDRATACIÓN DE ESPACIO CIMBRADO CORTE DE PLACA LIMPIEZA DE DILATACIÓN APLICACIÓN DE SIKAFLEX	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
MURO BORDE EN CONCRETO 3000 PSI INCLUYE ANCLAJES Y ARMADO DE ACERO	LIMPIEZA DE ESPACIO DEMARCACIÓN DEL ESPACIO CIMBRADO HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO MODELADO DE BORDILLO	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
CAMBIO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA	SEÑALIZACIÓN DE PIEZAS A CAMBIAR RETIRADO DE PIEZAS DESPICADAS O ROTAS LISTADO DE PIEZAS A COLOCAR CORTADO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA PREPARACIÓN DE MEZCLA PEGADO DE PIEZAS NUEVAS LIMPIEZA DE LADRILLO PEGADO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
MURO EN LADRILLO PORTANTE 30 TERRACOTA DE 29*14.5*9	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
MURO EN LADRILLO PRENSADO LIVIANO 6 CM TERRACOTA 24.5*12*6	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
MURO EN BLOQUE NO. 5 CON PERFORACION VERTICAL R DE 33*11.5*23	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
COLUMNETAS EN CONCRETO ARMADO,INCLUYE ANCLAJES	LIMPIEZA DE ESPACIO DEMARCACIÓN DEL ESPACIO CIMBRADO HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS, BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
	APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO		POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
PAÑETE IMPERMEABILIZADO 1:3, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES	LIMPIEZA DE LA ZONA HIDRATAR MURO ALISTADO DE MEZCLA ALISTADO DE PUNTOS APLICACION DE PAÑETE RASPAR MURO AFINAR MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
VIGACINTAS Y VIGAS CANCHADAS EN CONCRETO	REVISIÓN DE NIVEL COLOCACIÓN DE GRAFILES CORTE DE PIEZAS TAPADO DE HUECOS EN LADRILLO PREPARACIÓN DE MEZCLA FUNDIDA DE VIGAS CINTAS	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
RELLENO CON MATERIAL IIMPORTADO B-400	LIMPIEZA DE ZONA DE TRABAJO COORDINACIÓN DE NIVELES SE ESPARCE EL MATERIAL A COMPACTAR CADA 20 CM COMPACTACIÓN CON CANGURO APLICACIÓN DE AGUA PARA APRETAR EL TERRENO	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS,ALERGIAS,BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES,ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIÓN DE DRIWALL	PREPARAR SUPERFICIE. TOMA DE MEDIDAS. CORTE DE LAMINA. CORTE DE ESTRUCTURA EN ALUMINIO. TIROTEAR ESTRUTURA Y PARALES. INSTALACIÓN DE FRESCASA. PONER TAPA CON TORNILLOS. SELLAR CON YESO, ESTUCO Y PINTAR	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	MATERIAL PARTICULADO PROYECCIÓN DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS TRABAJO EN ALTURAS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES, ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE, FRACTURAS, AMPUTACIONES	-USO CONTINUO DE EPP - AUTOCUIDADO - PAUSAS ACTIVAS -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD - CHARLA PREOPERACIONAL

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☑	Guantes	☑	Mascara facial	☐	Lockout/Tagout	☐
Botas de seguridad	☑	Protección Respiratoria	☑	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☑
Gafas de Seguridad	☑	Protección Auditiva	☑	Extintores	☑	Charla pre-operacional	☑
Overol	☐	Equipos de protección contra caídas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☑	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☑
Kit Invernal	☐	Dotación	☑	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

No.	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	Esteban Felipe Salamanca	1003786573	
2	YEMIEL CAMACHO VELANDIA	1003729293	YEMIEL CAMACHO
3	yayol David salamanca	1000579738	
4	Jose Isidro Herrera V	18410548	

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

5	[illegible]	79884463	
6			
7	ALEJANDRO PEDROZA	79780385	
8	Helmer Matias Rubio	79518373	Helmer
9	Ulises Miguillo	1101879720	Ulises
10	Ivan Cifuentes	1000722797	Ivan Cifuentes
11	Sthon Cifuentes	1010029137	Sthon Cifuentes
12	Emerj Cifuentes	1024686805	Emerj
13	Jeferson Vega	1000930664	Jeferson.
14	gustavo Ostos	1024524913	
15	Jefferson Angulo	1026243855	
16	DIEGO F GUTIERREZ	80721590	
17	Fabian Cardozo	1073709942	
18			
19			
20			
21			

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

FECHA DE VIGENCIA	DEL DIA	9	AL DIA	19	MES Y AÑO	12/2024	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#7
LUGAR DE OPERACIÓN:	Proyecto Colegio Borta							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Taladro, Polidora, herramientas de mano							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Mampostería General, enchape e instalación Drywall							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Residente de obra, inspector SST y trabajadores							

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ALISTADO DE PISOS	LIMPIEZA DE PISO HIDRATAR SUELO ALISTADO DE PUNTOS CARGUE DE PISO RASPAR PISO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
ALISTADO DE PISOS IMPERMEABILIZADOS	LIMPIEZA DE PISO HIDRATAR SUELO LISTADO DE PUNTOS CARGUE DE PISO RASPAR PISO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIÓN DE BALDOSAS	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
INSTALACIÓN DE CENEFA EN GRANITO PULIDO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
INSTALACIÓN DE GUARDAESCOBAS MEDIACAÑA VIDRIO PRENSADO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
			HONGOS BACTERIAS		
INSTALACIONES GUARDAESCOBAS BALDOSA BLANCO HUILA EN GRANITO PULIDO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
LIMPIEZA SUPERFICIES DE MUROS EN LADRILLO A LA VISTA	RAPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA LIMPIEZA CON TAPETE SECO LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
PROTECCIÓN MURO LADRILLO LIMPIO O CONCRETO	RAPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA LIMPIEZA CON TAPETE SECO LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
DILATACIONES PARA PISO EN PLACA	LIMPIEZA DE ESPACIO HIDRATACIÓN DE ESPACIO CIMBRADO CORTE DE PLACA LIMPIEZA DE DILATACIÓN APLICACIÓN DE SIKAFLEX	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
MURO BORDE EN CONCRETO 3000 PSI INCLUYE ANCLAJES Y ARMADO DE ACERO	LIMPIEZA DE ESPACIO DEMARCACIÓN DEL ESPACIO CIMBRADO HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO MODELADO DE BORDILLO	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
CAMBIO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA	SEÑALIZACIÓN DE PIEZAS A CAMBIAR RETIRADO DE PIEZAS DESPICADAS O ROTAS LISTADO DE PIEZAS A COLOCAR CORTADO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA PREPARACIÓN DE MEZCLA PEGADO DE PIEZAS NUEVAS LIMPIEZA DE LADRILLO PEGADO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
MURO EN LADRILLO PORTANTE 30 TERRACOTA DE 29*14.5*9	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
MURO EN LADRILLO PRENSADO LIVIANO 6 CM TERRACOTA 24.5*12*6	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
MURO EN BLOQUE NO. 5 CON PERFORACION VERTICAL R DE 33*11.5*23	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
COLUMNETAS EN CONCRETO ARMADO,INCLUYE ANCLAJES	LIMPIEZA DE ESPACIO DEMARCACIÓN DEL ESPACIO CIMBRADO HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS, BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
	APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO		POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
PAÑETE IMPERMEABILIZADO 1:3, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES	LIMPIEZA DE LA ZONA HIDRATAR MURO ALISTADO DE MEZCLA ALISTADO DE PUNTOS APLICACION DE PAÑETE RASPAR MURO AFINAR MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
VIGACINTAS Y VIGAS CANCHADAS EN CONCRETO	REVISIÓN DE NIVEL COLOCACIÓN DE GRAFILES CORTE DE PIEZAS TAPADO DE HUECOS EN LADRILLO PREPARACIÓN DE MEZCLA FUNDIDA DE VIGAS CINTAS	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
RELLENO CON MATERIAL IIMPORTADO B-400	LIMPIEZA DE ZONA DE TRABAJO COORDINACIÓN DE NIVELES SE ESPARCE EL MATERIAL A COMPACTAR CADA 20 CM COMPACTACIÓN CON CANGURO APLICACIÓN DE AGUA PARA APRETAR EL TERRENO	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS,ALERGIAS,BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES,ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIÓN DE DRIWALL	PREPARAR SUPERFICIE. TOMA DE MEDIDAS. CORTE DE LAMINA. CORTE DE ESTRUCTURA EN ALUMINIO. TIROTEAR ESTRUTURA Y PARALES. INSTALACIÓN DE FRESCASA. PONER TAPA CON TORNILLOS. SELLAR CON YESO, ESTUCO Y PINTAR	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	MATERIAL PARTICULADO PROYECCIÓN DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS TRABAJO EN ALTURAS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES, ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE, FRACTURAS, AMPUTACIONES	-USO CONTINUO DE EPP - AUTOCUIDADO - PAUSAS ACTIVAS -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD - CHARLA PREOPERACIONAL

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☑	Guantes	☑	Mascara facial	☐	Lockout/Tagout	☐
Botas de seguridad	☑	Protección Respiratoria	☑	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☑
Gafas de Seguridad	☑	Protección Auditiva	☑	Extintores	☑	Charla pre-operacional	☑
Overol	☐	Equipos de protección contra caídas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☑	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☑
Kit Invernal	☐	Dotación	☑	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

No.	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	ALEJANDRO PEDROZA	79730385	
2			
3	Helmer Macias Rubio	79518373	Helmer
4	Jose Isidro Herrera	18410 548	Jose Isidro H

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

5	Esteban Felipe Salamanca Tovar	1001226573	
6	YIMER CAMACHO VELANDIA	1.033729293	YIMER CAMACHO
7	Jard David Salamanca Tovar	1000579738	
8	Gustavo ostos	1024624913	
9	Yeison Arguello	1108779710	
10	Jones Dario medina cifuentes	1024686082	
11	Jefferson angulo olivio	1026293855	Jefferson
12	Fabian Cardozo	1077709942	
13	Ivan Cifuentes	1000 722 784	Ivan Cifuentes
14	Jhon Cifuentes	1010029157	Jhon Cifuentes
15	ALEXANDER GARCIA	80150047	ALEXANDER
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

FECHA DE VIGENCIA	DEL DIA	16	AL DIA	21	MES Y AÑO	12/2024	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#8
LUGAR DE OPERACIÓN:	Proyecto Colegio Bata								
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Taladro, pulidora, herramientas de mano								
DESCRIPCION DEL TRABAJO A REALIZAR:	Mampostería General y enchape, Instalación Drywall								
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Residente de obra e inspector SST, trabajadores.								

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ALISTADO DE PISOS	LIMPIEZA DE PISO HIDRATAR SUELO ALISTADO DE PUNTOS CARGUE DE PISO RASPAR PISO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
ALISTADO DE PISOS IMPERMEABILIZADOS	LIMPIEZA DE PISO HIDRATAR SUELO LISTADO DE PUNTOS CARGUE DE PISO RASPAR PISO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIÓN DE BALDOSAS	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
INSTALACIÓN DE CENEFA EN GRANITO PULIDO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
INSTALACIÓN DE GUARDAESCOBAS MEDIACAÑA VIDRIO PRENSADO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCION	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
			HONGOS BACTERIAS		
INSTALACIONES GUARDAESCOBAS BALDOSA BLANCO HUILA EN GRANITO PULIDO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
LIMPIEZA SUPERFICIES DE MUROS EN LADRILLO A LA VISTA	RAPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA LIMPIEZA CON TAPETE SECO LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
PROTECCIÓN MURO LADRILLO LIMPIO O CONCRETO	RAPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA LIMPIEZA CON TAPETE SECO LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
DILATACIONES PARA PISO EN PLACA	LIMPIEZA DE ESPACIO HIDRATACIÓN DE ESPACIO CIMBRADO CORTE DE PLACA LIMPIEZA DE DILATACIÓN APLICACIÓN DE SIKAFLEX	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
MURO BORDE EN CONCRETO 3000 PSI INCLUYE ANCLAJES Y ARMADO DE ACERO	LIMPIEZA DE ESPACIO DEMARCACIÓN DEL ESPACIO CIMBRADO HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO MODELADO DE BORDILLO	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
CAMBIO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA	SEÑALIZACIÓN DE PIEZAS A CAMBIAR RETIRADO DE PIEZAS DESPICADAS O ROTAS LISTADO DE PIEZAS A COLOCAR CORTADO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA PREPARACIÓN DE MEZCLA PEGADO DE PIEZAS NUEVAS LIMPIEZA DE LADRILLO PEGADO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
MURO EN LADRILLO PORTANTE 30 TERRACOTA DE 29*14.5*9	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
MURO EN LADRILLO PRENSADO LIVIANO 6 CM TERRACOTA 24.5*12*6	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
MURO EN BLOQUE NO. 5 CON PERFORACION VERTICAL R DE 33*11.5*23	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
COLUMNETAS EN CONCRETO ARMADO,INCLUYE ANCLAJES	LIMPIEZA DE ESPACIO DEMARCACIÓN DEL ESPACIO CIMBRADO HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS, BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR

Escaneado con CamScanner

ACTIVIDADES	DESCRIPCION	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
	APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO		POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
PAÑETE IMPERMEABILIZADO 1:3, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES	LIMPIEZA DE LA ZONA HIDRATAR MURO ALISTADO DE MEZCLA ALISTADO DE PUNTOS APLICACION DE PAÑETE RASPAR MURO AFINAR MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
VIGACINTAS Y VIGAS CANCHADAS EN CONCRETO	REVISIÓN DE NIVEL COLOCACIÓN DE GRAFILES CORTE DE PIEZAS TAPADO DE HUECOS EN LADRILLO PREPARACIÓN DE MEZCLA FUNDIDA DE VIGAS CINTAS	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
RELLENO CON MATERIAL IMPORTADO B-400	LIMPIEZA DE ZONA DE TRABAJO COORDINACIÓN DE NIVELES SE ESPARCE EL MATERIAL A COMPACTAR CADA 20 CM COMPACTACIÓN CON CANGURO APLICACIÓN DE AGUA PARA APRETAR EL TERRENO	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS,ALERGIAS,BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES,ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIÓN DE DRIWALL	PREPARAR SUPERFICIE. TOMA DE MEDIDAS. CORTE DE LAMINA. CORTE DE ESTRUCTURA EN ALUMINIO. TIROTEAR ESTRUTURA Y PARALES. INSTALACIÓN DE FRESCASA. PONER TAPA CON TORNILLOS. SELLAR CON YESO, ESTUCO Y PINTAR	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	MATERIAL PARTICULADO PROYECCIÓN DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS TRABAJO EN ALTURAS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES, ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE, FRACTURAS, AMPUTACIONES	-USO CONTINUO DE EPP - AUTOCUIDADO - PAUSAS ACTIVAS -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD - CHARLA PREOPERACIONAL

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☑	Guantes	☑	Mascara facial	☐	Lockout/Tagout	☐
Botas de seguridad	☑	Protección Respiratoria	☑	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☑
Gafas de Seguridad	☑	Protección Auditiva	☐	Extintores	☑	Charla pre-operacional	☑
Overol	☐	Equipos de protección contra caídas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☑	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☑
Kit Invernal	☐	Dotación	☑	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

No.	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	YIMEL CAMACHO VELANDIA	1033729 293	YIMEL CAMACHO
2	Jose Isidro Herrera V	18 410 548	Jose Isidro Herrera V
3	Esteban Felipe Salamanca Tovar	1001286533	
4	Jarol David Salamanca	1000579738	

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

5	Yanes dario medina cifuentes	1024686806	
6	ALEJANDRO PEDRAZA	79780285	
7		79887483	
8	Gustavo Ortiz	1024524913	
9	Uriel Arguello	1101879720	
10	Helmer Matias Rubio	79518373	Helmer
11	ALEXALDER GARCÍA	80150047	NEXANDER
12	JHON CIFUENTES	1010029137	JHON CIFUENTES
13	Jeferson angulo	1026293855	
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

FECHA DE VIGENCIA	DEL DIA	23	AL DIA	28	MES Y AÑO	12/2024	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#9
LUGAR DE OPERACIÓN:	Proyecto Colegio Bosta							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Taladro, Pulidora, herramientas de mano							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Mampostería y enchape General, instalación Drywall							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Residente de obra, inspector SST y trabajadores							

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ALISTADO DE PISOS	LIMPIEZA DE PISO HIDRATAR SUELO ALISTADO DE PUNTOS CARGUE DE PISO RASPAR PISO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
ALISTADO DE PISOS IMPERMEABILIZADOS	LIMPIEZA DE PISO HIDRATAR SUELO LISTADO DE PUNTOS CARGUE DE PISO RASPAR PISO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIÓN DE BALDOSAS	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
INSTALACIÓN DE CENEFA EN GRANITO PULIDO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
INSTALACIÓN DE GUARDAESCOBAS MEDIACAÑA VIDRIO PRENSADO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
			HONGOS BACTERIAS		
INSTALACIONES GUARDAESCOBAS BALDOSA BLANCO HUILA EN GRANITO PULIDO	PREPARAR MEZCLA ESPARCIR MEZCLA ASENTAR TABLETA LIMPIEZA DE PISO EMBOQUILLADA DE BALDOSA LIMPIEZA DE BALDOSA PULIDA DE BALDOSA	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
LIMPIEZA SUPERFICIES DE MUROS EN LADRILLO A LA VISTA	RAPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA LIMPIEZA CON TAPETE SECO LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
PROTECCIÓN MURO LADRILLO LIMPIO O CONCRETO	RAPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA LIMPIEZA CON TAPETE SECO LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
DILATACIONES PARA PISO EN PLACA	LIMPIEZA DE ESPACIO HIDRATACIÓN DE ESPACIO CIMBRADO CORTE DE PLACA LIMPIEZA DE DILATACIÓN APLICACIÓN DE SIKAFLEX	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
MURO BORDE EN CONCRETO 3000 PSI INCLUYE ANCLAJES Y ARMADO DE ACERO	LIMPIEZA DE ESPACIO DEMARCACIÓN DEL ESPACIO CIMBRADO HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO MODELADO DE BORDILLO	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
CAMBIO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA	SEÑALIZACIÓN DE PIEZAS A CAMBIAR RETIRADO DE PIEZAS DESPICADAS O ROTAS LISTADO DE PIEZAS A COLOCAR CORTADO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA PREPARACIÓN DE MEZCLA PEGADO DE PIEZAS NUEVAS LIMPIEZA DE LADRILLO PEGADO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
MURO EN LADRILLO PORTANTE 30 TERRACOTA DE 29*14.5*9	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
MURO EN LADRILLO PRENSADO LIVIANO 6 CM TERRACOTA 24.5*12*6	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
MURO EN BLOQUE NO. 5 CON PERFORACION VERTICAL R DE 33*11.5*23	LIMPIEZA DE ESPACIO SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS PRESENTACIÓN DE LADRILLO SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO MECÁNICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
COLUMNETAS EN CONCRETO ARMADO,INCLUYE ANCLAJES	LIMPIEZA DE ESPACIO DEMARCACIÓN DEL ESPACIO CIMBRADO HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS, BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
	APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO		POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
PAÑETE IMPERMEABILIZADO 1:3, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES	LIMPIEZA DE LA ZONA HIDRATAR MURO ALISTADO DE MEZCLA ALISTADO DE PUNTOS APLICACION DE PAÑETE RASPAR MURO AFINAR MURO	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD
VIGACINTAS Y VIGAS CANCHADAS EN CONCRETO	REVISIÓN DE NIVEL COLOCACIÓN DE GRAFILES CORTE DE PIEZAS TAPADO DE HUECOS EN LADRILLO PREPARACIÓN DE MEZCLA FUNDIDA DE VIGAS CINTAS	QUÍMICO BIOLÓGICO MECÁNICO BIOMECÁNICO FÍSICO	POLVOS INORGÁNICOS MATERIAL PARTICULADO HONGOS,BACTERIAS ATRAPAMIENTO PROYECCION DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS CALOR RUIDOS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES,ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES DESHIDRATACIÓN	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS
RELLENO CON MATERIAL IIMPORTADO B-400	LIMPIEZA DE ZONA DE TRABAJO COORDINACIÓN DE NIVELES SE ESPARCE EL MATERIAL A COMPACTAR CADA 20 CM COMPACTACIÓN CON CANGURO APLICACIÓN DE AGUA PARA APRETAR EL TERRENO	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LÍQUIDOS HONGOS,ALERGIAS,BACTERIAS POSICIÓN PROLONGADA MOVIMIENTOS REPETITIVOS CALOR Y FRÍO TRABAJOS EN ALTURAS	QUEMADURAS INFECCIONES,ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES MOLESTIAS OCULARES DESHIDRATACIÓN CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD -REVISIÓN DE EQUIPOS

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/12/2023

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIÓN DE DRIWALL	PREPARAR SUPERFICIE. TOMA DE MEDIDAS. CORTE DE LAMINA. CORTE DE ESTRUCTURA EN ALUMINIO. TIROTEAR ESTRUTURA Y PARALES. INSTALACIÓN DE FRESCASA. PONER TAPA CON TORNILLOS. SELLAR CON YESO, ESTUCO Y PINTAR	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	MATERIAL PARTICULADO PROYECCIÓN DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS TRABAJO EN ALTURAS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES, ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL MUERTE, FRACTURAS, AMPUTACIONES	-USO CONTINUO DE EPP - AUTOCUIDADO - PAUSAS ACTIVAS -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD - CHARLA PREOPERACIONAL

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☑	Guantes	☑	Mascara facial	☐	Lockout/Tagout	☐
Botas de seguridad	☑	Protección Respiratoria	☑	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☐
Gafas de Seguridad	☑	Protección Auditiva	☑	Extintores	☑	Charla pre-operacional	☑
Overol	☐	Equipos de protección contra caídas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☑	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☑
Kit Invernal	☐	Dotación	☑	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

No.	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	Esteban Felipe Salamanca Tovar	1001286573	
2	YIMER CAMACHO UETANDIA.	1033729293	YIMER CAMACHO
3		79887483	
4	Jerol David Salamanca	1000579738	

Escaneado con CamScanner

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/12/2023

5	ALEXANDRO PEDRAZA		79780355.
6	gustavo ostos		1024524913
7	Jeffersen miguel arevio		1026293855
8	Helmer Matias		79518373
9	ALEXANDER GARCIA		80150047
10	Yeney Clientes		1020476806
11	Juan cifuentes		1010026137
12	Ivan Cifuentes		1000722787
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Escaneado con CamScanner

	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	SST-OSSA-004 Version 1 06/07/2024

Resolución 4272 de 2021

Artículo 15. Permiso de trabajo en alturas. Todos los trabajos en alturas deben obedecer a una acción planificada, organizada y ejecutada por trabajadores autorizados que debe verse reflejada en los controles administrativos como el Permiso de trabajo o sus anexos.

Siempre que un trabajador ingrese a una zona de peligro, debe contar con la debida autorización y si requiere exponerse al riesgo de caídas, debe contar con un aval a través de un permiso de trabajo en alturas acompañado de una lista de chequeo, más aún en caso de que no haya barandas, sistemas de control de acceso, demarcación o sistemas de barreras físicas que cumplan con las especificaciones descritas en la presente resolución.

1. DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Empresa/proyecto: Colegio Borto | Ciudad: Bogotá | Lugar de Ejecucion del Trabajo en Alturas: Torre A

2. VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN

Fecha Elaboración:	25/11/24	Valido Desde:	25/11/24 Hora: 7:00 AM	Valido Hasta:	30/11/24	Hora:	5:00 PM
Tipos de trabajo		Recibir material				Altura aprox	16 mts
Herramientas a Utilizar:		N.A					

3. PERSONAL AUTORIZADO

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	CEDULA	CARGO	CERTIFICADO DE COMPETENCIA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURAS VIGENTE SI	CERTIFICADO DE COMPETENCIA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURAS VIGENTE NO	VERIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI	VERIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL NO	FIRMA
Estiben Salamanca	CC	1001286523	Aux	X		X		

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR TAREA:

Recibir material en borde de placa, bajar residuos de escombro por medio de pluma.

4.MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS

(Marque con una X los elementos necesarios)	ANCLAJES	DISPOSITIVOS DE ANCLAJE PORTATILES O ADAPTADORES DE ANCLAJE PORTATILES	LINEAS DE VIDA HORIZONTALES	LINEAS DE VIDA VERTICALES	CONECTORES	ARNES	OTRO	CUAL
				X		X		

5. EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO REQUERIDOS

Equipos o elementos (Marque con una X los elementos necesarios)	ANDAMIOS COLGANTE	ESCALERAS	PLATAFORMAS ELEVADORAS	ANDAMIO MULTIDIRECCIONAL	SISTEMAS DE DE CUERDAS Y POLEA	PLATAFORMAS MOVILES	OTRO	CUAL

6.SISTEMAS DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIETO O DETENCIÓN DE CAIDAS

(Marque con una X los elementos necesarios)	ADHESIVOS DE SEGURIDAD	LINEAS DE VIDA	ANCLAJES	ESLINGAS	MOSQUETONES	CONECTORES	OTRO	CUAL
		X		X				

7. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

EPP a Emplear (Marque con una X los elementos necesarios)	CASCO CON BARBUQUEJO	BOTAS DE TRABAJO	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECCION RESPIRATORIA	PROTECTOR DE AUDITIVO	GUANTES	ARNES	ESLINGAS	LINEAS DE VIDA	BOTAS DE SEGURIDAD	MOSQUETONES	CONECTORES	OTRO	CUAL
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Escaneado con CamScanner

8. COMPROBACIONES PREVIAS AL INICIO DEL TRABAJO

DIA	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
FECHA	25-4-24			26-11-24			27-11-24			28-11-24			29-11-24			30-11-24					
Aspectos a verificar	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
Los trabajadores cuentan con la certificacion actualizada de capacitacion y/o competencia laboral para el trabajo seguro en alturas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
Los trabajadores tienen el concepto de aptitud avalado por el medico en los examenes ocupacionales	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
Los trabajadores cuentan con afiliación vigente en seguridad social integral	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Estan claras las Medidas de prevención contra caidas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Si el trabajo requiere el uso de una linea de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existen puntos de anclajes seguros (Certificados, estructurales, autorizados).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado.			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Hay claridad en las Herramientas a utilizar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existe para esta actividad ayudante de seguridad			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Se puede garantizar una distancia segura entre el trabajo y lineas o equipos eléctricos energizados			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Existe Equipos, s stema(sic) de acceso para trabajo en alturas.			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS, o cualquier otra metodologia).Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales externas y fue divulgado al personal	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Verificar si estan los Sistemas de restricción, posicionamiento o detención de caidas a utilizar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existe supervisión directa para la realización de los trabajos.(Coordinador de alturas)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Sistemas de acceso en buen estado (andamios, escaleras, plataformas elevadoras, etc) cumpliendo con las normas tecnicas de seguridad			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Verificación de los puntos de anclaje por cada trabajador	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Linea de vida en buen estado y anclada a sistemas fijos, por encima de la cabeza del trabajador.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Delimitación y señalizacion de zonas de trabajo (Establecer un perimetro de seguridad).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Barandas de protección en aberturas de paredes y zonas de vacio			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Se dispone de Elementos de proteccion personal de acuerdo a los riesgos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Equipos y herramientas revisados y en buen estado.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Plan de rescate y atencion del lesionado.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se conoce el plan de respuesta a emergencia del área.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
En el desarrollo de su tarea es observado de forma continua.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él Cumplir todos los procedimientos de salud y seguridad en el trabajo establecidos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él informar a la empresa sobra cualquier condición de salud que le pueda generar restricciones, antes de realizar cualquier tipo de trabajo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él utilizar las medidas de prevención y protección contra caidas que sean implementadas por el empleador cuando estas sean requeridas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él reportar al coordinador de trabajo en alturas el desarioro o daño de los sistemas individuales o colectivos de prevención y protección contra caidas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él participar en la elaboración y el diligenciamiento del permiso de trabajo, así como acatar las disposiciones del mismo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

Escaneado con CamScanner

NOMBRE Y CEDULA DE LA PERSONA QUE EJECUTA (TRABAJADOR)	FIRMA						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
estiban Felipe Salamanca Tovar							

FIRMAS APERTURA PERMISO

NOMBRE PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	CEDULA	FIRMA
Katherine Barreto	1000806477	
NOMBRE COORDINADOR EN ALTURAS	**CEDULA**	**FIRMA**
Katherine Barreto	1000806477	

FIRMAS CANCELACIÓN SUSPENCIÓN O CIERRE DEL PERMISO

Katherine Barreto	1000806477	

CONDICIONES A VERIFICAR			
El trabajo ha sido terminado		El area queda limpia y libre de desechos y materiales	
El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras		Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo	
Entrego el area limpia y libre de desechos y materiales		El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE	

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	SST-OSSA-004 Version 1 06/07/2024

Resolución 4272 de 2021

Artículo 15. Permiso de trabajo en alturas. Todos los trabajos en alturas deben obedecer a una acción planificada, organizada y ejecutada por trabajadores autorizados que debe verse reflejada en los controles administrativos como el Permiso de trabajo o sus anexos.

Siempre que un trabajador ingrese a una zona de peligro, debe contar con la debida autorización y si requiere exponerse al riesgo de caídas, debe contar con un aval a través de un permiso de trabajo en alturas acompañado de una lista de chequeo, más aún en caso de que no haya barandas, sistemas de control de acceso, demarcación o sistemas de barreras físicas que cumplan con las especificaciones descritas en la presente resolución.

1. DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Empresa/proyecto: Colegio Bota | Ciudad: Bogota | Lugar de Ejecucion del Trabajo en Alturas: torre A

2. VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN

Fecha Elaboración:	2-12-2024	Valido Desde:	2-12-24	Hora:	9:00AM	Valido Hasta:	7-12-24	Hora:	5:00 PM
Tipos de trabajo	Recibir Material							Altura aprox	12 mts
Herramientas a Utilizar:	N-A								

3. PERSONAL AUTORIZADO

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMETO	CEDULA	CARGO	CERTIFICADO DE COMPETENCIA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURAS VIGENTE SI	CERTIFICADO DE COMPETENCIA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURAS VIGENTE NO	VERIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI	VERIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL NO	FIRMA
Esteban Salamanca	CC	1001286573	Aux	X		X		

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR TAREA:
Recibir Material en borde de placa. Por medio de pluma.

4.MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS

(Marque con una X los elementos necesarios)	ANCLAJES	DISPOSITIVOS DE ANCLAJE PORTATILES O ADAPTADORES DE ANCLAJE PORTATILES	LINEAS DE VIDA HORIZONTALES	LINEAS DE VIDA VERTICALES	CONECTORES	HOMBRE	OTRO	CUAL
				X		X		

5. EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO REQUERIDOS

Equipos o elementos (Marque con una X los elementos necesarios)	ANDAMIOS COLGANTE	ESCALERAS	PLATAFORMAS ELEVADORAS	ANDAMIO MULTIDIRECCIONAL	SISTEMAS DE RIESGO CUERDAS Y POLEA	PLATAFORMAS MOVILES	OTRO	CUAL

6.SISTEMAS DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIETO O DETENCIÓN DE CAIDAS

(Marque con una X los elementos necesarios)	ARNESES DE SEGURIDAD	LINEAS DE VIDA	ANCLAJES	ESLINGAS	RETRACTORES	CONECTORES	OTRO	CUAL
	X	X		X				

7. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

EPP o Equipos (Marque con una X los elementos necesarios)	CASCO CON BARBUQUEJO	REFLEJO NOCTURNO	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECCIÓN RESPIRATORIA	PROTECTOR DE OIDOS	GUANTES	BOTAS	ESLINGAS	LINEAS DE VIDA	RETRACTORES	ANCLAJES	CONECTORES	OTRO	CUAL
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Escaneado con CamScanner

8. COMPROBACIONES PREVIAS AL INICIO DEL TRABAJO

DIA	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
FECHA	2-12-24			3-12-24			4-12-24			5-12-24			6-12-24			7-12-24					
Aspectos a verificar	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
Los trabajadores cuentan con la certificacion actualizada de capacitacion y/o competencia laboral para el trabajo seguro en alturas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Los trabajadores tienen el concepto de aptitud avalado por el medico en los examenes ocupacionales	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Los trabajadores cuentan con afiliación vigente en seguridad social integral	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Estan claras las Medidas de prevención contra caidas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Si el trabajo requiere el uso de una linea de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existen puntos de anclajes seguros (Certificados, estructurales, autorizados).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado.			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Hay claridad en las Herramientas a utilizar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existe para esta actividad ayudante de seguridad			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Se puede garantizar una distancia segura entre el trabajo y lineas o equipos eléctricos energizados			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Existe Equipos, s stema(sic) de acceso para trabajo en alturas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS, o cualquier otra metodología).Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales externas y fue divulgado al personal	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Verificar si estan los Sistemas de restricción, posicionamiento o detención de caidas a utilizar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existe supervisión directa para la realizacion de los trabajos.(Coordinador de alturas)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Sistemas de acceso en buen estado (andamios, escaleras, plataformas elevadoras, etc) cumpliendo con las normas tecnicas de seguridad			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Verificación de los puntos de anclaje por cada trabajador	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Linea de vida en buen estado y anclada a sistemas fijos, por encima de la cabeza del trabajador.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Delimitación y señalizacion de zonas de trabajo (Establecer un perimetro de seguridad).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Barandas de protección en aberturas de paredes y zonas de vacío			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Se dispone de Elementos de proteccion personal de acuerdo a los riesgos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Equipos y herramientas revisados y en buen estado.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Plan de rescate y atencion del lesionado.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se conoce el plan de respuesta a emergencia del área.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
En el desarrollo de su tarea es observado de forma continua.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él Cumplir todos los procedimientos de salud y seguridad en el trabajo establecidos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él informar a la empresa sobre cualquier condición de salud que le pueda generar restricciones, antes de realizar cualquier tipo de trabajo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él utilizar las medidas de prevención y protección contra caidas que sean implementadas por el empleador cuando estas sean requeridas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él reportar al coordinador de trabajo en alturas el deterioro o daño de los sistemas individuales o colectivos de prevención y protección contra caidas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él participar en la elaboración y el diligenciamiento del permiso de trabajo, así como acatar las disposiciones del mismo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

Escaneado con CamScanner

NOMBRE Y CEDULA DE LA PERSONA QUE EJECUTA (TRABAJADOR)	FIRMA						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
estebann Salamanca							

FIRMAS APERTURA PERMISO

NOMBRE PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	CEDULA	FIRMA
	1000806477	
NOMBRE COORDINADOR EN ALTURAS	**CEDULA**	**FIRMA**
	1000806477	

FIRMAS CANCELACIÓN SUSPENSIÓN O CIERRE DEL PERMISO

	X		

	Katherine Barreto	1000806477	

CONDICIONES A VERIFICAR

El trabajo ha sido terminado	✓	El área queda limpia y libre de desechos y materiales	✓
El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras	✓	Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo	✓
Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales	✓	El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE	✓

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	SST-OSSA-004 Version 1 06/07/2024

Resolución 4272 de 2021

Artículo 15. Permiso de trabajo en alturas. Todos los trabajos en alturas deben obedecer a una acción planificada, organizada y ejecutada por trabajadores autorizados que debe verse reflejada en los controles administrativos como el Permiso de trabajo o sus anexos.

Siempre que un trabajador ingrese a una zona de peligro, debe contar con la debida autorización y si requiere exponerse al riesgo de caídas, debe contar con un aval a través de un permiso de trabajo en alturas acompañado de una lista de chequeo, más aún en caso de que no haya barandas, sistemas de control de acceso, demarcación o sistemas de barreras físicas que cumplan con las especificaciones descritas en la presente resolución.

1. DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Empresa/proyecto: Colegio Barta | Ciudad: Bogota | Lugar de Ejecucion del Trabajo en Alturas: Torre A

2. VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN

Fecha Elaboración:	9-12-2024	Valido Desde:		Hora:		Valido Hasta:		Hora:	
Tipos de trabajo		Recibir material						Altura aprox	13 MTS
Herramientas a Utilizar:		N.A							

3. PERSONAL AUTORIZADO

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMETO	CEDULA	CARGO	CERTIFICADO DE COMPETENCIA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURAS VIGENTE SI	CERTIFICADO DE COMPETENCIA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURAS VIGENTE NO	VERIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI	VERIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL NO	FIRMA
Esteban Salamanca	CC	1001866573	Ayu	X		X		

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR TAREA:

4.MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS

(Marque con una X los elementos necesarios)	ANCLAJES	DISPOSITIVOS DE ANCLAJE PORTATILES O ADAPTADORES DE ANCLAJE PORTATILES	LINEAS DE VIDA HORIZONTALES	LINEAS DE VIDA VERTICALES	CONECTORES	ARNES	OTRO	CUAL
			X					

5. EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO REQUERIDOS

Equipos o elementos (Marque con una X los elementos necesarios)	ANDAMIOS COLGANTE	ESCALERAS	PLATAFORMAS ELEVADORAS	ANDAMIO MULTIDIRECCIONAL	SISTEMAS DE DE CUERDAS Y POLEA	PLATAFORMAS MOVILES	OTRO	CUAL

6.SISTEMAS DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIETO O DETENCIÓN DE CAIDAS

(Marque con una X los elementos necesarios)	ARNESES DE SEGURIDAD	LINEAS DE VIDA	ANCLAJES	ESLINGAS	BOSINIETTONES	CONECTORES	OTRO	CUAL
	X	X		X				

7. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

EPP o Equipo (Marque con una X los elementos necesarios)	ROPA DE TRABAJO	BOTAS DE SEGURIDAD	PROTECCION AUDITIVA	PROTECCION DE MANOS	GUANTES	ARNES	ESLINGA	LINEA DE VIDA	BOTAS DE SEGURIDAD	BOSINIETTONES	CONECTOR	OTRO	CUAL
		\			X	X	X	X	X				

Escaneado con CamScanner

8. COMPROBACIONES PREVIAS AL INICIO DEL TRABAJO

DÍA	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
FECHA	9/12/21			10/12/21			11/12/21			12/12/21			13/12/21			14/12/21					
Aspectos a verificar	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
Los trabajadores cuentan con la certificacion actualizada de capactacion y/o competencia laboral para el trabajo seguro en alturas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Los trabajadores tienen el concepto de aptitud avalado por el medico en los examenes ocupacionales	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Los trabajadores cuentan con afiliación vigente en seguridad social integral	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Estan claras las Medidas de prevención contra caidas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Si el trabajo requiere el uso de una linea de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existen puntos de anclajes seguros (Certificados, estructurales, autorizados).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado.			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Hay claridad en las Herramientas a utilizar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existe para esta actividad ayudante de seguridad			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Se puede garantizar una distancia segura entre el trabajo y lineas o equipos electricos energizados			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Existe Equipos, s stema(sic) de acceso para trabajo en alturas.			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS, o cualquier otra metodologia).Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales externas y fue divulgado al personal	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Veritfcar si estan los Sistemas de restricción, posicionamiento o detención de caidas a utilizar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existe supervisión directa para la realización de los trabajos.(Coordinador de alturas)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Sistemas de acceso en buen estado (andamios, escaleras, plataformas elevadoras, etc) cumpliendo con las normas tecnicas de seguridad			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Verificación de los puntos de anclaje por cada trabajador	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Linea de vida en buen estado y anclada a sistemas fijos, por encima de la cabeza del trabajador.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Delimitación y señalizacion de zonas de trabajo (Establecer un perimetro de seguridad).			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Barandas de protección en aberturas de paredes y zonas de vacio			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Se dispone de Elementos de proteccion personal de acuerdo a los riesgos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Equipos y herramientas revisados y en buen estado.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Plan de rescate y atencion del lesionado.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se conoce el plan de respuesta a emergencia del área.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
En el desarrollo de su tarea es observado de forma continua.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él Cumplir todos los procedimientos de salud y seguridad en el trabajo establecidos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él informar a la empresa sobre cualquier condición de salud que le pueda generar restricciones, antes de realizar cualquier tipo de trabajo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él utilizar las medidas de prevención y protección contra caidas que sean implementadas por el empleador cuando estas sean requeridas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él reportar al coordinador de trabajo en alturas el deterioro o daño de los sistemas individuales o colectivos de prevención y protección contra caidas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él participar en la elaboración y el diligenciamiento del permiso de trabajo, así como acatar las disposiciones del mismo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

Escaneado con CamScanner

NOMBRE Y CEDULA DE LA PERSONA QUE EJECUTA (TRABAJADOR)	FIRMA						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Esteban Felipe Salamanca Tovar							

FIRMAS APERTURA PERMISO

NOMBRE PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	CEDULA	FIRMA						
Katherine Barreto	1000806477							
NOMBRE COORDINADOR EN ALTURAS	**CEDULA**	**FIRMA**						
Katherine Barreto	1000806477							

FIRMAS CANCELACIÓN SUSPENCIÓN O CIERRE DEL PERMISO

	X

NOMBRE COORDINADOR DE ALTURAS	CEDULA	FIRMA
Katherine Barreto	1000806477	

CONDICIONES A VERIFICAR

	SI	NO		SI	NO
El trabajo ha sido terminado	✓		El área queda limpia y libre de desechos y materiales	✓	
El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras	✓		Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo	✓	
Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales	✓		El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE	✓	

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	SST-OSSA-004 Version 1 06/07/2024

Resolución 4272 de 2021

Artículo 15. Permiso de trabajo en alturas. Todos los trabajos en alturas deben obedecer a una acción planificada, organizada y ejecutada por trabajadores autorizados que debe verse reflejada en los controles administrativos como el Permiso de trabajo o sus anexos.

Siempre que un trabajador ingrese a una zona de peligro, debe contar con la debida autorización y si requiere exponerse al riesgo de caídas, debe contar con un aval a través de un permiso de trabajo en alturas acompañado de una lista de chequeo, más aún en caso de que no haya barandas, sistemas de control de acceso, demarcación o sistemas de barreras físicas que cumplan con las especificaciones descritas en la presente resolución.

1. DATOS BÁSICOS DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Empresa/proyecto:	Colegio Boita	Ciudad:	Bogota	Lugar de Ejecucion del Trabajo en Alturas:	torre A

2. VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN

Fecha Elaboración:	16/12/24	Valido Desde:	16/12/24	Hora:	7:00am	Valido Hasta:	21/12/24	Hora:	5:00 PM
Tipos de trabajo		Recibir material en placa						Altura aprox	16 MTS
Herramientas a Utilizar:		N.A							

3. PERSONAL AUTORIZADO

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMETO	CEDULA	CARGO	CERTIFICADO DE COMPETENCIA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURAS VIGENTE SI	CERTIFICADO DE COMPETENCIA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURAS VIGENTE NO	VERIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI	VERIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL NO	FIRMA
Esteban Salamanca	CC	1004685373	Ayu	X		X		

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR TAREA:

Recibir material en borde de placa.

4.MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS

(Marque con una X los elementos necesarios)	ANCLAJES	DISPOSITIVOS DE ANCLAJE PORTATILES O ADAPTADORES DE ANCLAJE PORTATILES	LINEAS DE VIDA HORIZONTALES	LINEAS DE VIDA VERTICALES	CONECTORES	ARNES	OTRO	CUAL
				X		X		

5. EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO REQUERIDOS

Equipos o elementos (Marque con una X los elementos necesarios)	ANDAMIOS COLGANTE	ESCALERAS	PLATAFORMAS ELEVADORAS	ANDAMIO MULTIDIRECCIONAL	SISTEMAS DE DE CUERDAS Y POLEA	PLATAFORMAS MOVILES	OTRO	CUAL

6.SISTEMAS DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIETO O DETENCIÓN DE CAIDAS

(Marque con una X los elementos necesarios)	ARNESES DE SEGURIDAD	LINEAS DE VIDA	ANCLAJES	ESLINGAS	MOSQUETONES	CONECTORES	OTRO	CUAL
	X	X		X				

7. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

EPP o Equipos (Marque con una X los elementos necesarios)	CASCO CON ARNESES	ROPA DE TRABAJO	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECCIÓN RESPIRATORIA	PROTECCIÓN DE AUDITIVA	GUANTES	ARNES	ESLINGAS	LINEAS DE VIDA	BOTAS DE SEGURIDAD	MOSQUETONES	CANTIDAD	OTRO	CUAL
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Escaneado con CamScanner

8. COMPROBACIONES PREVIAS AL INICIO DEL TRABAJO

DÍA	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
FECHA	16/12/24			17/12/24			18/12/24			19/12/24			20/12/24			21/12/24			—		
Aspectos a verificar	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
Los trabajadores cuentan con la certificacion actualizada de capacitacion y/o competencia laboral para el trabajo seguro en alturas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
Los trabajadores tienen el concepto de aptitud avalado por el medico en los examenes ocupacionales	✓			✓			✓			✓			✓			✓				✓	
Los trabajadores cuentan con afiliación vigente en seguridad social integral	✓			✓			✓			✓			✓			✓				✓	
Los trabajadores tienen la formación e información específica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Estan claras las Medidas de prevención contra caidas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Si el trabajo requiere el uso de una linea de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
Existen puntos de anclajes seguros (Certificados, estructurales, autorizados).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado.			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Hay claridad en las Herramientas a utilizar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existe para esta actividad ayudante de seguridad			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Se puede garantizar una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos eléctricos energizados			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Existe Equipos, s stema(sic) de acceso para trabajo en alturas.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS, o cualquier otra metodología).Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales externas y fue divulgado al personal	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Verifcar si estan los Sistemas de restricción, posicionamiento o detención de caidas a utilizar.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Existe supervisión directa para la realización de los trabajos.(Coordinador de alturas)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Sistemas de acceso en buen estado (andamios, escaleras, plataformas elevadoras, etc) cumpliendo con las normas tecnicas de seguridad			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Verificación de los puntos de anclaje por cada trabajador	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Linea de vida en buen estado y anclada a sistemas fijos, por encima de la cabeza del trabajador.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
Delimitación y señalizacion de zonas de trabajo (Establecer un perimetro de seguridad).				✓			✓			✓			✓			✓					
Barandas de protección en aberturas de paredes y zonas de vacio				✓			✓			✓			✓			✓					
Se dispone de Elementos de proteccion personal de acuerdo a los riesgos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
Equipos y herramientas revisados y en buen estado.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Plan de rescate y atencion del lesionado.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se conoce el plan de respuesta a emergencia del área.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
En el desarrollo de su tarea es observado de forma continua.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él Cumplir todos los procedimientos de salud y seguridad en el trabajo establecidos	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él informar a la empresa sobre cualquier condición de salud que le pueda generar restricciones, antes de realizar cualquier tipo de trabajo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él utilizar las medidas de prevención y protección contra caidas que sean implementadas por el empleador cuando estas sean requeridas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él reportar al coordinador de trabajo en alturas el deterioro o daño de los sistemas individuales o colectivos de prevención y protección contra caidas	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se informó al trabajador que es obligación de él participar en la elaboración y el diligenciamiento del permiso de trabajo, así como acatar las disposiciones del mismo	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓

Escaneado con CamScanner

NOMBRE Y CEDULA DE LA PERSONA QUE EJECUTA (TRABAJADOR)	FIRMA						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Estiban Salamanca Estiban							

FIRMAS APERTURA PERMISO

NOMBRE PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS	CEDULA	FIRMA
Katherine Barreto	1000806477	
NOMBRE COORDINADOR EN ALTURAS	**CEDULA**	**FIRMA**
Katherine Barreto	1000806477	

FIRMAS CANCELACIÓN SUSPENCIÓN O CIERRE DEL PERMISO

Katherine Barreto	1000806477		

CONDICIONES A VERIFICAR

	SI	NO		SI	NO
El trabajo ha sido terminado	✓		El área queda limpia y libre de desechos y materiales	✓	
El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras	✓		Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo	✓	
Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales	✓		El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE	✓	

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	25/11/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00 AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00 PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	30/11/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	torre 4				
Descripción de la tarea a realizar	Enchape				
Número de Trabajadores autorizados	1.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aaaa)	25/11/2024	a	(dd/mm/aaaa)	30/11/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	X	Otro ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple, NC: no cumple, NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓		✓				✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta				8	Área de trabajo delimitada			
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador				9	Reunión pre operacional			
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador				10	Inspección pre operacional de equipos			
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar				11	Permiso de Trabajo en Alturas			
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva				12	Charla de Seguridad			
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?				13	Aptitud Física			

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	N.A						

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han realizado los exámenes medico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han efectuado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Josué David H	18410548	dom	dom	dom	dom	dom	dom	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	Sstl	Sstl	Sstl	Sstl	Sstl	Sstl	—

11. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto.	1000000477	SST	30/11/24	12:00PM	cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	25/11/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00 AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00 PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	30/11/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	torre A-B				
Descripción de la tarea a realizar:	Enchape				
Número de Trabajadores autorizados:	2.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa)	25/11/2024	al	(dd/mm/aa)	30/11/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Obturia		Pulidora	X	Otro ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda. C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					/
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					/
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			/
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					/
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			/		

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	6	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	N.A.								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda. C: cumple. NC: no cumple. NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes medicos ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓			✓		✓			✓			✓			✓				
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓		✓			✓			✓			✓				
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓		✓			✓			✓			✓				
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como minimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
ALEJANDRO	74780582							
	98874483							

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							—

11. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1022376477	SST	30/11/24	12:00 PM	cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	25/11/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00pm
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	30/11/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Area/dependencia o sitio)	Torre B.				
Descripción de la tarea a realizar	Enchape				
Número de Trabajadores autorizados	2				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(Intervalo)	25/11/2024	a	(dd/mm/aa)	30/11/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Subterránea		Elevada		Pública	X	Otra, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamios		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otros, ¿Cuál?	N.A								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han realizado los exámenes médicos ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas energías peligrosas espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Esta trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de esta trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
segundo cordoba	80765577							
fabian cordoba	1077709942							

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							—

11. CANCELACION Y CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
katherine Barreto	1000806771	SST	30/11/24	12:00PM	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	25/11/2024	Hora de Inicio (h.m.(p.m.))	7:00AM	Hora de Finalización (h.m.(p.m.))	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	30/11/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	Torre A - Cortadora				
Descripcion de la tarea a realizar:	Corte de ladrillo				
Número de Trabajadores autorizados:	1				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aaaa)	25/11/2024	a	(dd/mm/aaaa)	30/11/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Subterráneo		Elevado		Público		Otro, ¿Cuál?	Cortadora

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: si cumple (C), no cumple (NC) o no aplica (NA)

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área móvil disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓		.	✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			/			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	9	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Toge de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales		Herramientas Eléctricas		Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	Cortadora.								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han realizado los exámenes médico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el ensayo del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
YIMER CAMACHO	1.033729293	YIMER C.	YIMER C.	YIMER C.	YIMER C.	YIMER C.	YIMER C.	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							—

11. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1098[illegible]7	SST	30-11-24	12:00pm	Cierre PERMISO

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	25/11/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	30/11/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/Dependencia u otro)	Torre A-B				
Descripción de la tarea a realizar	Mantenimiento General				
Número de Trabajadores autorizados	3				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Desde el	(dd/mm/aaaa)	25/11/2024	•	(dd/mm/aaaa)	30/11/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Subterráneo		Otro(s)		Pública	X	Otro, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El recinto y el área de trabajo están libre de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y en funciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas rutinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio charla previa al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	9	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Apoyo Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	N.A								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes médico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			/			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
[illegible]	1024466602	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
JHON CIFUENTES	1010029137		JHON	JHON	JHON	JHON	JHON	
IVAN CIFUENTES	1000722787				IVAN	IVAN	IVAN	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	—

11. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barrieto	1000606877	SST	30/11/24	12:00PM	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO SST-GSSA-011
FECHA 31/08/2024
VERSIÓN 2

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	02-12-2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.):	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	07-12-2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	torre A				
Descripción de la tarea a realizar	Enchape General				
Número de Trabajadores autorizados	1.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Rango de	(dd/mm/aaa)	02-12-2024	a	(dd/mm/aaa)	07-12-2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Chiporte		Pulidora	X	Otros. ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?			✓	✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?						✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?				✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros. ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Electricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autogena	
Otros. ¿Cuál?	N.A								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los examenes medico ocupacionales de cada trabajador?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (altura,energias peligrosas,espacios confinados)						✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?						✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?						✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.				✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como minimo una persona disponible en caso de emergencia.				✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en optimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Fabian Londoño	1077709942		✓	✓	✓	✓	✓	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	—	Sadf	Sadf	Sadf	Sadf	Sadf	—

11. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000[illegible]977	SST	7-12-24	12:00PM	Cierre Permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO SST-OBRA-013
FECHA 31/05/2024
VERSIÓN 2

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	02-12-2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.):	7:00 AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	5:00 PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	07-12-2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Area/dependencia o sitio)	Torre A				
Descripción de la tarea a realizar:	Mamposteria General				
Número de Trabajadores autorizados:	3				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(07 horas)	02-12-2024	a	(07 horas)	07-12-2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	X	Otro, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autogena	
Otro, ¿Cuál?	N.A								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los examenes médico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energias peligrosas,espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Jhon Cifuentes	1010029131	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	
Juan Curiondo	1000926794	Iván	Iván	Iván	Iván	Iván	Iván	
Ferney Cifuentes	1024486862		Ferney	Ferney	Ferney	Ferney	Ferney	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							

11. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000000000	SST	7-12-24	12:00pm	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	02-12-2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.):	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	07-12-2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Area/dependencia o sitio):	Torre A				
Descripción de la tarea a realizar:	Corte de ladrillo				
Número de Trabajadores autorizados:	1				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aaaa)	02-12-2024	a	(dd/mm/aaaa)	07-12-2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora		Otro, ¿Cual?	X Cortadora

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del Área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Item	C	NC	NA	No.	Item	C	NC	NA	No.	Item	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Area de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cual?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales		Herramientas Electricas		Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autogena	
Otro, ¿Cual?	X	Cortadora							

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes médico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
YEIMER CAMACHO	1033724895	YEIMER C.	YEIMER C.	YEIMER C.	YEIMER C.	YEIMER C.	YEIMER C.	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							

11. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000826477	SST	7-12-24	12:00pm	cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	02-12-2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	07-12-2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Area/dependencia o sitio)	Torre B-A				
Descripción de la tarea a realizar	Enchape General				
Número de Trabajadores autorizados	2				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aaaa)	02-12-2024	a	(dd/mm/aaaa)	07-12-2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	X	Otro, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que pueden afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta				9	Area de trabajo delimitada			
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador				9	Reunion pre operacional			
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador				10	Inspección pre operacional de equipos			
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar				11	Permiso de Trabajo en Alturas			
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva				12	Charla de Seguridad			
6	Respirador para vapores acidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?				13	Aptitud Física			

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Electricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autogena	
Otro, ¿Cuál?	N.A								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes medico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (altura,energías peligrosas, espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas aisladas se llevan adecuadamente	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en optimas condiciones de salud y conozco seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
[illegible]	79881483	J	J	J	J	J	J	
	79780385							

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							—

11. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	[illegible]	SST	7-12-24	12:00pm	Cierre Permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	02-12-2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	07-12-2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	Bloque B				
Descripción de la tarea a realizar	Arreglos locativos				
Número de Trabajadores autorizados	1				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(Días hábiles)	02-12-2024	a	(días/horas)	07-12-2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	X	Otro, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda. C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y en libranza?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visara o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (segun la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores acidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Electricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autogena	
Otro, ¿Cuál?	N-A						

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han realizado los exámenes médico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (altura, energías peligrosas, espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8. OBSERVACIONES:

9. TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en optimas condiciones de salud, y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Jon Ludwin	18 410 548	Jon	Jon	Jon	Jon	Jon	Jon	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	Scdp	Scdp	Scdp	Scdp	Scdp	Scdp	—

11. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000[illegible]77	SST	7-12-21	12:00 p.m.	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	9/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	14/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	Torre A - B.				
Descripción de la tarea a realizar	Enchape General				
Número de Trabajadores autorizados	1.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aaaa)	9/12/2024	al	(dd/mm/aaaa)	14/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	X	Otra, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda. Ejemplo: Si un ítem NO se aplica, marque NA en la celda

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto estructuras adecuadas en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas varias que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?				13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otra, ¿Cuál?							

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los examenes medico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas energías peligrosas espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Fabian Cordoba	1033709947	Ufcd	Ufcd	Ufcd	Ufcd	Ufcd	Ufcd	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	Sodf	Sodf	Sodf	Sodf	Sodf	Sodf	

11. CANCELACION /CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000806497	SST	14/12/24	12:00PM	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	9/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalizacion (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	14/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	Torre A				
Descripción de la tarea a realizar:	Mamposteria General				
Número de Trabajadores autorizados	3				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aaaa)	9/12/2024	al	(dd/mm/aaaa)	14/12/2024		

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	X	Otro, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Item	C	NC	NA	No.	Item	C	NC	NA	No.	Item	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	NA								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes médicos ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿El/de trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
[illegible]	1024446460	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1
Jhon Cifuentes	1000029131		Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	
Ivan Cifuentes	1000722781		Ivan	Ivan	Ivan	Ivan	Ivan	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	—

11. CANCELACION Y CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000826477	SST	14/12/24	12:00PM	cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	9/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	14/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	Torre A				
Descripcion de la tarea a realizar:	Corte de ladrillo				
Número de Trabajadores autorizados:	1.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aaa)	9/12/2024	al	(dd/mm/aa)	14/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Decorte		Pulidora		Otro ¿Cuál?	X Cortadora

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			/			✓			✓			/			/			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (segun la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales		Herramientas Eléctricas		Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	Cortadora.								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes medicos ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas energías peligrosas espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿El ste trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Yimer Camacho	1033729893	Yimer C.	Yimer C.	Yimer C.	Yimer C.	Yimer C.	Yimer C.	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	Sadf	Sadf	Sadf	Sadf	Sadf	Sadf	—

11. CANCELACION/ CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1098726493	SST	11/12/24	12:00pm	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	9/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	14/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	Torre B				
Descripción de la tarea a realizar	Arreglos locativos				
Número de Trabajadores autorizados	1.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Fecha de inicio	(dd/mm/aaaa)	9/12/2024	a	(dd/mm/aaaa)	14/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	X	Otro, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de suciedad peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas verosas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	9	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales		Herramientas Eléctricas		Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	NA								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los examenes medicos ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas, energías peligrosas, espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿El/le trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8. OBSERVACIONES:

9. TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Jose Isidro Ferrin	18410548	Jose	Jose	Jose	Jose	Jose	Jose	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							

11. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000826493	SST	14/12/24	01:00 PM	cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	9/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00 AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	14/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	Torre A-B				
Descripción de la tarea a realizar	Enchape General				
Número de Trabajadores autorizados	2				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aaaa)	9/12/2024	al	(dd/mm/aaaa)	14/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Subterráneo		Overol		Pública	X	Otro, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como tambien los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas verines que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda; C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (segun la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Fisica	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamios		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?							

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los aspectos medio ambientales de este trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se harán los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor (Programada? (altura, energías peligrosas, espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			/			
En caso de requerirse herramientas estas se deben encontrar en	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona capacitada en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad positiva para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
ALEXANDRA Pech	79780765							
[illegible]	91887493							

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							—

11. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1002000493	SST	14/12/24	0:00PM	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	16/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00am	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00pm
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	21/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	Cortadora torre A				
Descripción de la tarea a realizar:	Corte de ladrillo				
Número de Trabajadores autorizados:	1.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aaaa)	16/12/2024	al	(dd/mm/aaaa)	21/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora		Otro, ¿Cuál?	X Cortadora

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visero o Careta			✓	5	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	6	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales		Herramientas Eléctricas		Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	N. A								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizara el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los examenes medico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la tarea programada? (altura,energias peligrosas,espacios confinados)	-		✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en areas adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
YIMER CARACHO	1033729293	YIMER C.	YIMER C.	YIMER C.	YIMER C.	YIMER C.	YIMER C.	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							

11. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1098684477	SST	21/12/24	12:00pm	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	16/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	21/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	torre A				
Descripción de la tarea a realizar:	mamposteria General				
Numero de Trabajadores autorizados	*				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aaa)	16/12/2024	a	(dd/mm/aa)	21/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	X	Otro ¿Cual?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					✓
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas verinas que puedan afectar el trabajo?			✓		✓			✓			✓			✓			✓				✓
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Item	C	NC	NA	No.	Item	C	NC	NA	No.	Item	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	9	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (segun la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros. ¿Cual?			✓	13	Aptitud Fisica	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autogena	
Otro, ¿Cual?									

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes médico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estás se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Jonas Cifuentes	1020460802	Jonas	Jonas	Jonas	Jonas	Jonas	Jonas	
Jhon Cifuentes	1010029137	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							—

11. CANCELACIÓN Y CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000820771	SST	21/11/24	12:00pm	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	16/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00p.m
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	21/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	torre A - B				
Descripción de la tarea a realizar:	Enchape.				
Número de Trabajadores autorizados:	2				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa)	16/12/2024	al	(dd/mm/aa)	21/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora		Otro, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?				13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	N.A						

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes médicos ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
ALEXANDRO	7970038							
	7980057							

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST							

11. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000236077	SST	21/12/24	12:00pm	cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	16/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	21/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	torre A				
Descripción de la tarea a realizar:	Arreglos locativos				
Número de Trabajadores autorizados:	1				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso Semana del	(dd/mm/aaa)	16/12/2024	al	(dd/ mm/ aa)	21/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	X	Otro ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros. ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro. ¿Cuál?	N.A								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda. C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han realizado los exámenes médico ocupacionales de cada trabajador?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas extras se llevan adecuadamente	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Josh Lindsay	1841054	Josh	Josh	Josh	Josh	Josh	Josh	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	Sebl	Sebl	Sebl	Sebl	Sebl	Sebl	—

11. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1006[illegible]	SST	12:00pm	12:00pm	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	23/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	28/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	Torre A - B				
Descripción de la tarea a realizar	Enchape General				
Número de Trabajadores autorizados	2				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana Del	(dd/mm/aa)	23/12/2024	a	(dd/mm/aa)	28/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Subestación		Directa		Pública	X	Otro, ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓									✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓									✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓									✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓									✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓									✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda; C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Area de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (segun la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Fisica	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?									

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes medico ocupacionales de cada trabajador?	✓									✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓									✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓									✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓									✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas antiz se llevan adecuadamente.	✓									✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓									✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
[illegible]	1988[illegible]	—	—	—	✓	✓	✓	—
[illegible]	74780385	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	✓	—	—	✓	✓	✓	—

11. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000306[illegible]	SST	28/11/24	12:00PM	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	23/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00AM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	28/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	Torre A - B				
Descripción de la tarea a realizar:	Mampostería General				
Número de Trabajadores autorizados:	3.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana (Sd)	(d/mm/aaaa)	23/12/2024	a	(dd/mm/aaaa)	28/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Subterráneo		Elevado		Público	X	Otro ¿Cuál?	

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓									✓			✓			✓					
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓									✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas verticales que puedan afectar el trabajo?			✓									✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓									✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓									✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓		✓	12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?				13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales	X	Herramientas Eléctricas	X	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?							

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos conformidades para solicitar un permiso?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes medicos ocupacionales de cada evaluador?	✓									✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓									✓			✓			✓			
¿Esta trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			✓									✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓									✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓									✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓									✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
[illegible]	1014686868	[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]	
Juan [illegible]	1010029137				[illegible]	[illegible]	[illegible]	
Juan [illegible]	1007722781					[illegible]	[illegible]	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	[illegible]	—	—	[illegible]	[illegible]	[illegible]	—

11. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000806477	SST	28/12/24	12:00PM	cierre permiso

Escaneado con CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	23/12/2024	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00am	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa)	28/12/2024				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio)	torre A Corladora				
Descripción de la tarea a realizar	Corte de ladrillo				
Número de Trabajadores autorizados	1.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Fecha de inicio	(dd/mm/aaaa)	23/12/2024	al	(dd/mm/aaaa)	28/12/2024

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Subterráneo		Elevado		Público		Otro, ¿Cuál?	X Cortadora

4.LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	✓									✓			✓			✓					
¿El sitio una adecuada ventilación que neutraliza la concentración de vapores o gases?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	✓									✓			✓			✓					
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			✓									✓			✓			✓			
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	✓									✓			✓			✓					
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	✓									✓			✓			✓					

5. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	✓			7	Visera o Careta			✓	8	Área de trabajo delimitada	✓		
2	Gafas de seguridad	✓			8	Traje de Soldador			✓	9	Reunión pre operacional	✓		
3	Guantes (según la actividad a realizar)	✓			9	Polainas para soldador			✓	10	Inspección pre operacional de equipos	✓		
4	Botas de seguridad	✓			10	Mascara para soldar			✓	11	Permiso de Trabajo en Alturas			✓
5	Respirador para polvos o humos	✓			11	Protección auditiva	✓			12	Charla de Seguridad	✓		
6	Respirador para vapores ácidos			✓	12	Otros, ¿Cuál?			✓	13	Aptitud Física	✓		

6.HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Herramientas Manuales		Herramientas Eléctricas		Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	Cortadora								

Escaneado con CamScanner

7. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han revisado los exámenes medico ocupacionales de cada trabajador?	✓									✓			✓			✓					
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	✓									✓			✓			✓					
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (Alturas,energías peligrosas,espacios confinados)			✓									✓			✓			✓			
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adracentes?			✓									✓			✓			✓			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			✓									✓			✓			✓			
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	✓									✓			✓			✓					
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	✓									✓			✓			✓					

8.OBSERVACIONES:

9.TRABAJADORES AUTORIZADOS

He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura.
Declaro que me encuentro en optimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.

10. FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
[illegible] CARRACHO	1033709813	[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]	

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Encargado de SST	[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]	

11. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	[illegible]	SST	28/12/24	12:00	Cierre permiso

Escaneado con CamScanner

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PARA TROMPOS O MEZCLADORES	CODIGO: FRMT- 03
		VERSION: 01
		FECHA: 14/12/2023

OBRA: Colegio Borta

CAPACIDAD TAMBOR: 80 kg

MAQUINA: | MARCA: WEG

REFERENCIA: | MODELO: 2020

NOMBRE PROPIETARIO: OSSA | NOMBRE OPERARIO: URIEL Chigerllo

ITEM	FECHA DE LA VERIFICACIÓN	12-11-24			18-11-24			25-11-24						OBSERVACIONES
		SEMANA 1			SEMANA 2			SEMANA 3			SEMANA 4			
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
El tambor se encuentra en óptimas condiciones		✓			✓			✓			✓			
Cuenta con guardas de protección para las poleas		✓			✓			✓			✓			
Las poleas estan en perfecto estado para su funcionamiento		✓			✓			✓			✓			
Las correas estan en buen estado		✓			✓			✓			✓			
El tambor posee capacidad de giro o rotacion de 360°		✓			✓			✓			✓			
La estructura o latas se encuentran sujetas firmemente entre si y a la base del chasis		✓			✓			✓			✓			
Tiene buen funcionamiento o estado el motor		✓			✓			✓			✓			
El estado de los piñones es el apropiado para su funcionamiento		✓			✓			✓			✓			
El estado del volante permite su facil operación		✓			✓			✓			✓			
Cuenta con un sistema de interrupción del ruido eléctrico		✓			✓			✓			✓			
Las uniones eléctricas se encuentran en buen estado		✓			✓			✓			✓			
Cuenta con clavija de conexión eléctrica		✓			✓			✓			✓			
El sistema de (ruedas y soporte fijo) se encuentra en buenas condiciones		✓			✓			✓			✓			
Se encuentra libre de fuga de combustible en el motor y el tanque		✓			✓			✓			✓			
El sitio de trabajo se encuentra despejado facilitando la manipulación del equipo.		✓			✓			✓			✓			
El sistema de suministro de agua presenta escapes o fugas		✓			✓			✓			✓			
FIRMA DEL OPERARIO		Uriel			Uriel			Uriel			Uriel			
FIRMA INSPECTOR DE SEGURIDAD		Sodi			Sodi			Sodi			Sodi			

* LA INSPECCION DEBERÁ SER ENTREGADA AL AREA DE SEGURIDAD EL PRIMER LUNES O DÍA HÁBIL DE CADA SEMANA

OBSERVACIONES / PLAN DE ACCIÓN:

ELABORÓ (OPERADOR)	REVISÓ (RESPONSABLE SST)
NOMBRE: Uriel Chigerllo	NOMBRE: Katherine Barreto
FIRMA: Uriel	FIRMA: Sodi

Escaneado con CamScanner

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PARA TROMPOS O MEZCLADORES	CODIGO: FRMT- 03
		VERSION: 01
		FECHA: 14/12/2023

OBRA: Apiay Baita

CAPACIDAD TAMBOR: 80 Kg

MAQUINA:

MARCA: WEG

REFERENCIA:

MODELO: 2020

NOMBRE PROPIETARIO:

NOMBRE OPERARIO: Uriel Chiguillo

FECHA DE LA VERIFICACIÓN: 9/12/24 | 16/12/24 | | |

ITEM	SEMANA 1			SEMANA 2			SEMANA 3			SEMANA 4			OBSERVACIONES
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
El tambor se encuentra en óptimas condiciones	✓			✓									
Cuenta con guardas de protección para las poleas	✓			✓									
Las poleas estan en perfecto estado para su funcionamiento	✓			✓									
Las correas estan en buen estado	✓			✓									
El tambor posee capacidad de giro o rotacion de 360°	✓			✓									
La estructura o latas se encuentran sujetas fomentente entre si y a la base del chasis	✓			✓									
Tiene buen funcionamiento o estado el motor	✓			✓									
El estado de los piñones es el apropiado para su funcionamiento	✓			✓									
El estado del volante permite su facil operación	✓			✓									
Cuenta con un sistema de interrupción del ruido eléctrico	✓			✓									
Las uniones eléctricas se encuentran en buen estado	✓			✓									
Cuenta con clavija de conexión eléctrica	✓			✓									
El sistema de (ruedas y soporte fijo) se encuentra en buenas condiciones	✓			✓									
Se encuentra libre de fuga de combustible en el motor y el tanque	✓			✓									
El sitio de trabajo se encuentra despejado facilitando la manipulación del equipo.	✓			✓									
El sistema de suministro de agua presenta escapes o fugas	✓			✓									
FIRMA DEL OPERARIO	Uriel			Uriel									
FIRMA INSPECTOR DE SEGURIDAD	Sodly			Sodly									

* LA INSPECCION DEBERÁ SER ENTREGADA AL AREA DE SEGURIDAD EL PRIMER LUNES O DÍA HÁBIL DE CADA SEMANA

OBSERVACIONES / PLAN DE ACCIÓN:

ELABORÓ (OPERADOR)	REVISÓ (RESPONSABLE SST)
NOMBRE: Uriel Chiguillo	NOMBRE: Katherine Barreto
FIRMA: Uriel	FIRMA: Sodly

Escaneado con CamScanner

FERRO TANK	Codigo: GDH-F-041	Versión: 06	Página: 1 de 3	Vigente desde: 30-08-2024
	GESTION OPERATIVA - ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS			

INFORMACIÓN GENERAL DEL ATS		EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS						HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR	
		Marque con una "X" los equipos y elementos requerido para realizar la labor						Manuales	Electricas
Vigencia:	GDH-F-041 el 08/11/2024	Tyvek:	X	Protector Auditivo:	X	Eslinga:		Rodillos	Pulidora
Hora:	7:00 am a 5:00 pm	Guantes:	X	Respirador doble filtro:	X	Arnés:		Machete	Taladro
Sitio de trabajo:	Obra Ebrio	Casco:	X	Mono gafas:	X	Viaera o Careta:		Llaves Fijas, Martillo,Maceta,Prensa de mono	Extensiones, Equipo de Soldadura, Trituradora
Ciudad:	Bogota	Botas:	X	Otro:		Careta de soldar:	X	Otros: Resina, Fibras, Catalizadores, Pintura	

Higiene:

Nº Tarea: Enumere las actividades que va a desarrollar.

Descripción de la Tarea: Describa detalladamente todas las actividades del trabajo en forma secuencial y ordenada.

Clasificación de los peligros: Mencione los peligros a los que se encuentra expuesto. Recuerde que en una actividad se puede presentar uno o más peligros.

Riesgo: Mencione los riesgos a los que probablemente se encuentre expuesto.

Medidas de control: Describa las acciones tomadas para mitigar el impacto del riesgo. Ejemplo: Uso de elementos de protección personal (botas, casco, guantes), señalización, uso de barreras, etc.

Responsables: Persona que va a desarrollar la actividad.

Nº Tarea	Descripción de la Tarea	Clasificación de los peligros	Riesgos	Consecuencias	Medidas de control
1	Ingreso a Obra	Físico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hipotensión,hipotensión de sueño,hipotensión ocular, mareos, Nauseas,dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Ambiental	Precipitaciones Externas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y sismos	Enfermedades respiratorias,dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregulares/ales, deslizantes, Accidentes de transito	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, atrapallamiento, aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion de la obra, control de trafico
2	Forrar Planchas de Tamboles Tanque 3	Biomecánico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas
		Ambiental	Precipitaciones Externas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y sismos	Enfermedades respiratorias,dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias
		Mecanico	Herramientas Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, inspeccion de herramientas
		Quimicos	Fibras,gases y vapores ,Material Particulado	Inhalacion, absorcion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (traje tyvech, monogafas,respirador, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo
		Físico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hipotensión,hipotensión de sueño,hipotensión ocular,_mareos, Nauseas,dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregulares/ales, deslizantes, Golpes por o contra objetos , espacios confinados)	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, , aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP
3	Mezclacion para la instalacion de Anclajes Tanque 2 y 3	Biomecánico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas
		Ambiental	Precipitaciones Externas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y sismos	Enfermedades respiratorias,dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias
		Mecanico	Herramientas Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, inspeccion de herramientas
		Quimicos	Fibras,gases y vapores ,Material Particulado	Inhalacion, absorcion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (traje tyvech, monogafas,respirador, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo
		Físico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hipotensión,hipotensión de sueño,hipotensión ocular, mareos, Nauseas,dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregulares/ales, deslizantes, Golpes por o contra objetos , espacios confinados)	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, , aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP
4	Pintar Tanques Internamente	Biomecánico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas
		Ambiental	Precipitaciones Externas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y sismos	Enfermedades respiratorias,dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias
		Mecanico	Herramientas Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, inspeccion de herramientas
		Quimicos	Fibras,gases y vapores ,Material Particulado	Inhalacion, absorcion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (traje tyvech, monogafas,respirador, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo
		Físico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hipotensión,hipotensión de sueño,hipotensión ocular, mareos, Nauseas,dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregulares/ales, deslizantes, Golpes por o contra objetos , espacios confinados)	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, , aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP

FIBRO TANK					
	Codigo: SGP-FO-01	Version: 00	Pagina: 2 de 2	Vigente desde: 01-08-2024	
	GESTION OPERATIVA - ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS				
5	ORDEN Y ASEO	Biomecánico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo,Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores.	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas
		Ambiental	Precipitaciones Externas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y sonora	Enfermedades respiratorias,dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias
		Mecanico	Herramientas, Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, inspeccion de herramientas
		Quimicos	Fibras,gases y vapores, Material Particulado	Inhalacion, absorcion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (traje tyvek, monogafas,respirador, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo
		Fisico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hipoacusia,trastornos de sueño,trastornos circulares, mareos, nauseas,dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregulares,deslizantes, Golpes por o contra objetos, espacios confinados)	Golpes a nivel ,proyectiones, fracturas esguinces, aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas,escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP
		Biologico	Virus,Bacterias,Hongos	Infecciones agudas y crónicas profundas por bacterias y virus, Reacciones alergicas, Malestares estomacales	Uso adecuado y limpieza de EPP, lavado de manos y desinfeccion herramientas

	SI	X	NO
Este documento fue divulgado y entendido por todo el personal involucrado (personal ejecutante y aspirado) antes de iniciar el trabajo:	SI	X	NO
ARL a la que se encuentran afiliados los trabajadores:	SURA		

Elementos de emergencia	SI	NO
¿Se cuenta con botiquin en el lugar de trabajo?	x	
¿Se cuenta con extintor en el lugar de trabajo?	x	
¿Se cuenta con camilla en el lugar de trabajo?		x

Telefonos de emergencia	Numero
Bomberos	119- 3622830
Ambulancia	125-4280111
ARL Sura	405 5811

AUTORIZACION ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Nombre	Cargo	Firma
Autorizado por: Angie Vera R	Jefe SST	
Aprobado (responsable SST: Camilo Rodriguez)	Analista HSEQ	Camilo Rodriguez
FECHA:	03/12/2024 al 09/12/2024	

Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Guillermo Galarza	Operario de Soldadura	
2	Jonatan Serraza	Ayudar de Produccion	
3			

Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA
4			
5			
6			

OBSERVACIONES

FIBRO TANK	Código: (ATS-TT-01)	Versión: 00	Página: 1 de 1	Vigente desde: 01-08-2024
	GESTION OPERATIVA - ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS			

INFORMACIÓN GENERAL DEL ATS		EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS						HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR	
		Marque con una "X" los equipos y elementos requerido para realizar la labor						Manuales	Electricas
Ingenio:	09/12/2024 al 13/12/2024	Tyvek	X	Protector Auditivo	X	Eslinga		Bisturi	Pulidora
Hora:	7:00 am a 5:00 pm	Guantes	X	Respirador doble filtro	X	Arnés		Machete	Taladro
Sitio de trabajo:	Obra Ebasu	Casco	X	Mono gafas	X	Viadra o Careta		Llaves Fijas, Martillo Macota Prensa de Horno	Extensiones, Equipo de Soldadura, Trompetilla
Ciudad:	Bogotá	Botas	X	Otro		Careta de soldar	x	Otros: Resina, Fibras, Catalizadores, Pintura	

Vigencia:

Nº Tarea: Enumere las actividades que va a desarrollar.
Descripción de la Tarea: Describa detalladamente todas las actividades del trabajo en forma secuencial y ordenada.
Clasificación de los peligros: Mencione los peligros a los que se encuentre expuesto. Recuerde que en una actividad se puede presentar uno o más peligros.
Riesgo: Mencione los riesgos a los que probablemente se encuentre expuesto.
Medidas de control: Describa las acciones tomadas para mitigar el impacto del riesgo. Ejemplo: Uso de elementos de protección personal (botas, casco, guantes), señalización, uso de barreras, etc.
Responsables: Persona que va a desarrollar la actividad.

Nº Tarea	Descripción de la Tarea	Clasificación de los peligros	Riesgos	Consecuencias	Medidas de control
1	Ingreso a Obra	Físico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hondervias,transtornos de sueño,transtornos oculares, mareos, Nauseas dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Ambiental	Precipitaciones Extremas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y volmoa	Enfermedades respiratorias,dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregularidades, deslizantes, Accidentes de transito	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, atrapamiento, aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion de la obra, control de trafico
2	Probar Tanques Internamente	Biomecanico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores.	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas
		Ambiental	Precipitaciones Extremas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y volmoa	Enfermedades respiratorias,dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias
		Mecanico	Herramientas Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, Inspeccion de herramientas
		Quimicos	Fibras,gases y vapores ,Material Particulado	Inhalacion, absorcion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (traje tyvek, monogafas,respirador, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo
		Fisico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hondervias,transtornos de sueño,transtornos oculares, mareos, Nauseas dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregularidades, deslizantes, Golpes por o contra objetos, espacios confinados)	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, , aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP
3	Mencion para la instalacion de Accesorios Tanque 1 y 3	Biomecanico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores.	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas
		Ambiental	Precipitaciones Extremas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y volmoa	Enfermedades respiratorias,dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias
		Mecanico	Herramientas Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, Inspeccion de herramientas
		Quimicos	Fibras,gases y vapores ,Material Particulado	Inhalacion, absorcion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (traje tyvek, monogafas,respirador, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo
		Fisico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hondervias,transtornos de sueño,transtornos oculares, mareos, Nauseas dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregularidades, deslizantes, Golpes por o contra objetos, espacios confinados)	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, , aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP
4	Instalacion de Techos Tanques	Biomecanico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores.	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas
		Ambiental	Precipitaciones Extremas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y volmoa	Enfermedades respiratorias,dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias
		Mecanico	Herramientas Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, Inspeccion de herramientas
		Quimicos	Fibras,gases y vapores ,Material Particulado	Inhalacion, absorcion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (traje tyvek, monogafas,respirador, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo
		Fisico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hondervias,transtornos de sueño,transtornos oculares, mareos, Nauseas dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregularidades, deslizantes, Golpes por o contra objetos, espacios confinados)	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, , aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP

FIBRO TANK

Codigo	Version	Pagina	Vigente desde
GSP-FO-01	00	2 de 2	30/08/2024

GESTION OPERATIVA - ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

5	ORDEN Y ASEO	Biomecánico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores.	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas
		Ambiental	Precipitaciones Externas (lluvia, tormentas granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y eterea	Enfermedades respiratorias dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias
		Mecanico	Herramientas, Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, inspeccion de herramientas
		Quimicos	Fibras,gases y vapores, Material Particulado	Inhalacion, absercion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (roga tyvek, monogafas,respirator, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo
		Fisico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hipoteneas,trastornos de sueño,trastornos visuales, mareos, fatigas,dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregularidades deslizantes, Golpes por o contra objetos, espacios confinados)	Golpes a nivel, cortaduras, fracturas esguinces, aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas escaleras, piso, paredes,techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de ingreso y señalizacion, uso adecuado de EPP
		Biologico	Virus,Bacterias,Hongos	Infecciones agudas y cronicas producidas por bacterias y virus, Reacciones alergicas, Malestares estomacales.	Uso adecuado y limpieza de EPP, lavado de manos y desinfeccion herramientas

Este documento fue divulgado y entendido por todo el personal involucrado (sentencial ejecutante y ayudante) antes de iniciar el trabajo:

SI	X	NO	

ARL a la que se encuentran afiliados los trabajadores:

SURA

Elementos de emergencia	SI	NO	Telefonos de emergencia	Numero
¿Se cuenta con botiquin en el lugar de trabajo?	x		Bomberos	119- 3622500
¿Se cuenta con extintor en el lugar de trabajo?	x		Ambulancia	125-4280111
¿Se cuenta con camilla en el lugar de trabajo?		x	ARL Sura	405 5911

AUTORIZACION ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Nombre	Cargo	Firma
Autorizado por: Angie Sarra M	Ing. SST	
Aprobado responsable SST: Camilo Rodriguez	Analista HSEQ	
FECHA:	08/10/2024 al 13/12/2024	

Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA	Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Guillermo Galeria	Operario de Soldadura		4			
2	Jonatan Barraza	Auxiliar de Produccion		5			
3				6			

OBSERVACIONES

FERRO TANK

Codigo: ASP-FT-01	Version: 00	Pagina: 1 de 2	Fecha de actualizacion: 30-04-2024

GESTION INTEGRAL SST - ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

INFORMACIÓN GENERAL DEL ATS	
Vigencia:	18/12/2024 al 30/12/2024
Hora:	7:30 am a 5:00 pm
Sitio de trabajo:	Obra Elmo
Ciudad:	Bogota

EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS

Marque con una "X" los equipos y elementos requeridos para realizar la labor

Botas:	X	Protector Auditivo:	X	Extintor:		Manuales	Electricas
Guantes:	X	Respirador doble filtro:	X	Arnés:		Roldana	Pinceles
Casco:	X	Monogafas:	X	Viseria o Careta:		Machete	Taladro
Overol:	X	Otro:		Careta de soldar:	X	Llaves Fijas, Martillo Mazeta,Pierza de Hierro	Extensiones, Equipo de Soldadura, Trozadora

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR

Vigencia:

Nº Tarea: Enumere las actividades que va a desarrollar.

Descripción de la Tarea: Describa detalladamente todas las actividades del trabajo en forma secuencial y ordenada.

Clasificación de los peligros: Mencione los peligros a los que se encuentra expuesto. Recuerde que en una actividad se puede presentar uno o mas peligros.

Riesgo: Mencione los riesgos a los que probablemente se encuentre expuesto.

Medidas de control: Describa las acciones tomadas para mitigar el impacto del riesgo. Ejemplo: Uso de elementos de protección personal (botas, casco, guantes), señalización, uso de barreras, etc.

Responsables: Persona que va a desarrollar la actividad.

Nº Tarea	Descripción de la Tarea	Clasificación de los peligros	Peligros	Consecuencias	Medidas de control	Responsables
1	Ingreso a Obra	Fisico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hipotensiones hansitorios de sueño,hansitornos oiculares, mareos, Nauseas dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pusas activas y Autocuidado	
		Ambientales	Precipitaciones Esternas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y sismos	Enfermedades respiratorias dermatitis,hudermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias	
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregularidades, desniveles, Arcoderes de trabajo	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, atrapamiento, aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion de la obra, control de trafico	
2	Soldar Travesi 2 y 3 Exteriormente	Biomecanico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo,Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores.	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas	
		Ambientales	Precipitaciones Esternas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y sismos	Enfermedades respiratorias dermatitis,hudermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias	
		Mecanico	Herramientas Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, inspeccion de herramientas	
		Quimicos	Fibras gases y vapores ,Material Particulado	Inhalacion, absorcion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (traje tyvek, monogafas respirador, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo	
		Fisico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperatura	Hipotensiones hansitorios de sueño,hansitornos oiculares, mareos, Nauseas dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pusas activas y Autocuidado	
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregularidades, desniveles, Golpes por o contra objetos, espacios confinados)	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, atrapamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP	
3	Pintar Estructura de techo 2	Biomecanico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo,Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores.	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas	
		Ambientales	Precipitaciones Esternas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y sismos	Enfermedades respiratorias dermatitis,hudermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias	
		Mecanico	Herramientas Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, inspeccion de herramientas	
		Quimicos	Fibras gases y vapores ,Material Particulado	Inhalacion, absorcion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (traje tyvek, monogafas respirador, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo	
		Fisico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hipotensiones hansitorios de sueño,hansitornos oiculares, mareos, Nauseas dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pusas activas y Autocuidado	
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregularidades, desniveles, Golpes por o contra objetos, espacios confinados)	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, atrapamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP	
4	Pintar Tanques 2 y 3 Exteriormente	Biomecanico	Posturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo,Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores.	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas	
		Ambientales	Precipitaciones Esternas (lluvias, tormentas,granizadas), Contaminacion atmosferica, quimica y sismos	Enfermedades respiratorias dermatitis,hudermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, reciclar adecuadamente y capacitacion de emergencias	
		Mecanico	Herramientas Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, inspeccion de herramientas	
		Quimicos	Fibras gases y vapores ,Material Particulado	Inhalacion, absorcion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (traje tyvek, monogafas,respirador, guantes industriales), verificacion de hojas y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo	
		Fisico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hipotensiones hansitorios de sueño,hansitornos oiculares, mareos, Nauseas dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pusas activas y Autocuidado	
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregularidades, desniveles, Golpes por o contra objetos, espacios confinados)	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, atrapamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP	

FERRO TANK

5	ORDEN Y ASEO	Biomecánico	Fracturas, Esfuerzo, Movimiento repetitivo Manipulacion de cargas	Lesiones musculares de cuello, espalda, miembros superiores e inferiores.	Uso adecuado de EPP, manejo y manipulacion adecuada de cargas, higiene postural, pausas activas
		Ambiental	Precipitaciones Externas (lluvia, tormentas granizadas), Contaminacion atmosferica (polvos y humos	Enfermedades respiratorias,dermatitis,hipotermia, muerte	Promover la educacion ambiental a los trabajadores mediante capacitaciones, ahorro de energia, uso responsable del agua, iniciar adecuadamente y capacitacion de emergencias.
		Mecanico	Herramientas Manuales y electricas	Cortes, Contusiones,Amputaciones, Fracturas	Uso adecuado EPP, inspeccion de herramientas
		Quimicos	Fibras gases y vapores Material Particulado	Inhalacion, abrasion, ingestion de productos quimicos, intoxicacion, mareo, vertigo	Uso adecuado de EPP (capa tyvek, monongafas,respirador, guantes individuales), verificacion de rotulo y fichas de seguridad de sustancias quimicas, orden y aseo
		Fisico	Ruido, Vibraciones, Cambio de iluminacion, Cambio de temperaturas	Hipoacusia,trastornos de sueño,trastornos oculares, nuseas,nauseas,dolores de cabeza	Uso adecuado de EPP, Pausas activas y Autocuidado
		Condiciones de seguridad	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo irregularidades desniveles), Golpes por o contra objetos, equipos confinados)	Golpes a nivel, proyecciones, fracturas esguinces, aplastamiento	Verificacion de instalaciones locativas(escaleras, pisos, paredes techos y cubiertas) Autocuidado,atencion y respeto a los controles de acceso y señalizacion, uso adecuado de EPP
		Biologico	Virus,Bacterias,Hongos	Infecciones agudas y cronicas profundas por bacterias y virus. Reacciones alérgicas. Malestares estomacales	Uso adecuado y limpieza de EPP, lavado de manos y desinfeccion herramientas

Este documento fue divulgado y entendido por todo el personal involucrado (personal asistente y aspirante) antes de iniciar el trabajo	SI	X	NO

ARL a la que se encuentran afiliados los trabajadores: SURA

Elementos de emergencia	SI	NO	Telefonos de emergencia	Numero
¿Se cuenta con botiquin en el lugar de trabajo?	x		Bomberos	119- 3622530
¿Se cuenta con extintor en el lugar de trabajo?	x		Ambulancia	125-4280111
¿Se cuenta con camilla en el lugar de trabajo?		x	ARL Sura	405 5811

AUTORIZACION ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

Nombre	Cargo	Firma
Autorizado por: Angie Lopez	Jefe SST	
Aprobado responsable SST: Camilo Rodriguez	Asesor HSEQ	Camilo Rodriguez
FECHA:	14/12/2024 al 20/12/2024	

Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA	Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Guillermo Gelonia	Operario de Soldadura		4			
2	Jonatan Barraza	Auxiar de Produccion		5			
3				6			

OBSERVACIONES

FIBRO TANK

FIBROTANK			
Código: GOP-F-004	Versión: 04	Página: 1 de 1	Vigente desde: 15-07-2024

GESTION OPERATIVA - PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

Nombre del proyecto	Elevu							**Código del tanque:**	3 Tanques
Fecha de realización del trabajo:	12 al 13 Dic - 2024	**Hora de inicio**	7:00 Am	**Hora de fin**	5:00pm	**Ciudad**	Bogota	**Sitio de trabajo**	Interno
Descripcion del trabajo a ejecutar	Soldar Angulos en los Techos de los tanques. Para Instalacion								

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

Nombres y Apellidos	Cedula	Firma	Cargo
Guillermo Galarza	79965284		Op. de soldadura
Jhon Barraza	1068390822		Ayu. de soldadura

PLANEACIÓN Y PREPARACIÓN DEL TRABAJO

Marque con una "X" si cuenta con los requisitos exigibles

ITEM	LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA DEL AREA	SI	NO	N/A
1	Los circuitos eléctricos des energizados, inmovilizados, con sus avisos de corte			X
2	Están desconectados todos los fluidos, aire-gas-combustible y con sus avisos de corte	X		
3	Se encuentra el equipo o zona libre de gases-presión-sustancias calientes	X		
4	El equipo con el cual se va a trabajar esta debidamente bloqueado (etiqueta y candado)			X
5	Se verifico que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración	X		
6	Se retiraron materiales comestibles en el área de trabajo y áreas cercanas	X		
ÍTEM	**LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA DEL TRABAJO**			
1	Se encuentra realizado el ATS (Análisis de Trabajo Seguro)	X		
2	El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor	X		
3	Se ha señalizado y delimitado el área de trabajo	X		
4	El personal a sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar " Trabajo en Caliente"	X		
5	Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc) realizar los trabajos con seguridad	X		
6	Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro	X		
7	Los equipos y herramientas a utilizar se encuentran en optimas condiciones	X		
8	El área debajo y sobre el trabajo está limpia / lista para la labor	X		
9	Los residuos de los cortes y demás desechos se disponen en un lugar especifico	X		
ÍTEM	**LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD**			
1	Se requiere personal de seguridad durante la ejecución de la labor	X		
2	El personal a sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo	X		
3	Se tiene extintores en el sitio	X		
4	Se tienen las hojas de seguridad de los productos químicos a utilizar	X		
5	Se inspecciono debidamente los extintores (presión, carga, manguera, fecha de recarga, accesorios, etc.)	X		
6	Los elementos para detención de caídas (arnés, línea de vida) están ubicadas fuera de la línea de fuego			X
7	El procedimiento ante una emergencia está claro	X		

REQUISITOS ADICIONALES PARA ACTIVIDADES EN CALIENTE

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	SI	NO
Casco dieléctrico	X	
Protección auditiva	X	
Careta de esmerilar	X	
Guantes de carnaza o vaqueta	X	
Botas de seguridad	X	
Careta de soldador	X	
Gafas de seguridad	X	
Protección respiratoria para humos	X	
Peto o delantal de carnaza	X	
Protección para el cuello		X
Otros		
Se socializa la importancia y obligatoriedad del uso de los EPP	X	

EQUIPOS DE SEGURIDAD	SI	NO
Guardas de seguridad de los equipos	X	
Bloqueo de los equipos	X	
Mangueras y equipos purgadas		X
Carrito de transporte para el cilindro	X	X
Extintor		

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR

Manual	N/A
Eléctrica	Equipo de soldadura, pulidora, taladro
Otros	N/A

Elementos de emergencia	SI	NO
¿Cuenta con botiquin en el lugar de trabajo?	X	
¿Cuenta con extintor en el lugar de trabajo?	X	
¿Cuenta con camilla en el lugar de trabajo?		X

Teléfonos de emergencia	Número
Bomberos	3505533742
Ambulancia	601 7460990
ARL SURA	601 4387888

AUTORIZACIÓN TRABAJO EN CALIENTE

Nombre:	Camilo Rodriguez	Nombre	Angie Jaimes M
Cargo	Analista HSEQ	Cargo	Jefe SST
Firma	Camilo Rodriguez	Firma	

FIBRO TANK

FIBROTANK			
Código: GOP-FO-04	Versión: 04	Página: 1 de 1	Vigente desde: 15-07-2024

GESTION OPERATIVA - PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

Nombre del proyecto	Etapa							Código del tanque:	3 Tanques
Fecha de realización del trabajo:	16 al 20 Dic -2024	Hora de inicio	7:00	Hora de fin	5:00	Ciudad	Bogota	Sitio de trabajo	sabana
Descripcion del trabajo a ejecutar	soldar Estructura Torque 2 y 3								

PERSONAL QUE EJECUTA EL TRABAJO

Nombres y Apellidos	Cedula	Firma	Cargo
Guillermo Cabarza	79965284		op. soldadura
Jonatan Borroza	1068390522		Aux de producion

PLANEACIÓN Y PREPARACIÓN DEL TRABAJO

Marque con una "X" si cuenta con los requisitos exigibles

ITEM	LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA DEL ÁREA	SI	NO	N/A
1	Los circuitos eléctricos des energizados, inmovilizados, con sus avisos de corte			X
2	Están desconectados todos los fluidos, aire-gas-combustible y con sus avisos de corte	X		
3	Se encuentra el equipo o zona libre de gases-presión-sustancias calientes	X		
4	El equipo con el cual se va a trabajar esta debidamente bloqueado (etiqueta y candado)			X
5	Se verifico que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración	X		
6	Se retiraron materiales comestibles en el área de trabajo y áreas cercanas	X		
ÍTEM	**LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA DEL TRABAJO**			
1	Se encuentra realizado el ATS (Análisis de Trabajo Seguro)	X		
2	El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor	X		
3	Se ha señalizado y delimitado el área de trabajo	X		
4	El personal a sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar " Trabajo en Caliente"	X		
5	Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad	X		
6	Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro	X		
7	Los equipos y herramientas a utilizar se encuentran en optimas condiciones	X		
8	El área debajo y sobre el trabajo está limpia / lista para la labor	X		
9	Los residuos de los cortes y demás desechos se disponen en un lugar especifico	X		
ÍTEM	**LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD**			
1	Se requiere personal de seguridad durante la ejecución de la labor	X		
2	El personal a sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo	X		
3	Se tiene extintores en el sitio	X		
4	Se tienen las hojas de seguridad de los productos químicos a utilizar	X		
5	Se inspecciono debidamente los extintores (presión, carga, manguera, fecha de recarga, accesorios, etc.)	X		
6	Los elementos para detención de caidas (arnés, linea de vida) están ubicadas fuera de la linea de fuego			X
7	El procedimiento ante una emergencia está claro	X		

REQUISITOS ADICIONALES PARA ACTIVIDADES EN CALIENTE

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	SI	NO
Casco dieléctrico	X	
Protección auditiva	X	
Careta de esmerilar	X	
Guantes de carnaza o vaqueta	X	
Botas de seguridad	X	
Careta de soldador	X	
Gafas de seguridad	X	
Protección respiratoria para humos	X	
Peto o delantal de carnaza	X	
Protección para el cuello		X
Otros		
Se socaliza la importancia y obligatoriedad del uso de los EPP	X	

EQUIPOS DE SEGURIDAD	SI	NO
Guardas de seguridad de los equipos	X	
Bloqueo de los equipos	X	
Mangueras y equipos purgadas		X
Carrito de transporte para el cilindro		X
Extintor	X	

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR

Manual	Maceta, Alicates
Eléctrica	Cepillo de soldadura + Pulidora
Otros	N/A

Elementos de emergencia	SI	NO
¿Cuenta con botiquin en el lugar de trabajo?	X	
¿Cuenta con extintor en el lugar de trabajo?	X	
¿Cuenta con camilla en el lugar de trabajo?		X

Teléfonos de emergencia	Número
Bomberos	3505533702
Ambulancia	601 7460040
ARL Sura	601 4378888

AUTORIZACIÓN TRABAJO EN CALIENTE

Nombre:	Camilo Rodriguez	Nombre:	Hugo Javier M.
Cargo:	Analista HSEQ	Cargo:	Jefe SST
Firma:	Camilo Rodriguez	Firma:	

FIBRO TANK

FIBROTANK			
Código: GMN-FO-15	Versión: 00	Página: 1 de 1	Fecha: 15-07-2020

GESTIÓN MANTENIMIENTO - INSPECCIÓN DE PULIDORA

Nombre del proyecto (Si aplica)	Cbdo		Cbdo		Cbdo					
Fecha de inspección	11-12-2024		13-12-2024		16-12-2024					
Fecha de prox. inspección	13-12-2024		16-12-2024		N/A					
Pulidora No.	PP004		PP004		PP004		PP004		PP004	
Datos Generales	Marca DEWALT		Marca DEWALT		Marca DEWALT		Marca DEWALT		Marca DEWALT	
	Serie DWE 4315 / 9750		Serie DWE 4315 / 9750		Serie DWE 4315 / 9750		Serie DWE 4315 / 9750		Serie DWE 4315 / 9750	
Descripción	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO
Interruptor o Gatillo	X		X		X					
Base para discos	X		X		X					
Botón de bloqueo	X		X		X					
Protector para disco	X		X		X					
Mango auxiliar	X		X		X					
Carcasa	X		X		X					
Mango	X		X		X					
Vibraciones normales en la unidad de compresión	X		X		X					
Ruidos normales en la unidad de compresión	X		X		X					
Estado de conexiones eléctricas (cable, clavija, toma)	X		X		X					
Estado general Pulidora (fisuras, ruptura, etc.)	X		X		X					
Condiciones de orden y aseo	X		X		X					
Observaciones	N/A		N/A		N/A					
Inspeccionado por	camilo Rodriguez		camilo Rodriguez		camilo Rodriguez					
Cargo	Analista HSEQ		Analista HSEQ		Analista HSEQ					

FIBRO TANK	FIBROTANK			
	Codigo: GMN-FO-11	Versión: 04	Página: 1 de 1	Fecha: 15-07-2020
	GESTIÓN MANTENIMIENTO - INSPECCIÓN DE TRONZADORA			

Nombre del proyecto (si es el caso)	Gbud.	Sitio de la inspección	Gbud. Sotano
Fecha de inspección	12-12-2024	Fecha de inspección	16-12-2024
Fecha Prox. Inspección	16-12-2024	Fecha Prox. Inspección	N/A

Tronzadora No.	ET-001		ET-001	
Datos Generales	Marca MAKITA 2414NB		Marca MAKITA 2414NB	
	Serie 1977470		Serie 1977470	
DESCRIPCIÓN	BUENO	MALO	BUENO	MALO
Botón de bloqueo	X		X	
Interruptor de encendido	X		X	
Estado de acoples para discos	X		X	
Prensa	X		X	
Discos	X		X	
Porta escobillas	X		X	
Guarda protector	X		X	
Carcasa de mando	X		X	
Vibraciones normales en la unidad de Tronzadora	X		X	
Ruidos normales en la unidad de Tronzadora	X		X	
Estado general del Tronzadora (fisuras, ruptura, etc.)	X		X	
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)	X		X	
Condiciones de orden y aseo general	X		X	
Observaciones	N/A		N/A	
Inspeccionado por	Camilo Rodriguez		Analista Hseq	
Cargo	Analista Hseq		Camilo Rodriguez	

FIBRO TANK	FIBROTANK			
	Código: GMN-FO-05	Versión: 04	Página: 1 de 1	Fecha: 15-07-2020
	GESTIÓN MANTENIMIENTO - INSPECCIÓN DE TALADRO			

Nombre del proyecto (Si aplica)	Cbido.		Cbido.					
Fecha de inspección	11-12-2024		13-12-2024					
Fecha de prox. inspección	13-12-2024		N/A					
Taladro No.	TA001		TA001		TA001		TA001	
Datos Generales	Marca	DEWALT	Marca	DEWALT	Marca	DEWALT	Marca	DEWALT
	Serie 178124		Serie 178124		Serie 178124		Serie 178124	
Descripción	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO
Interruptor o Gatillo	X		X					
Botón de bloqueo en encendido	X		X					
Mandril	X		X					
Protector de cable con sujeta llaves	X		X					
Mango lateral	X		X					
Mango principal	X		X					
Llave de Ajuste Mandril	X		X					
Vibraciones normales en la unidad de compresión	X		X					
Ruidos normales en la unidad de compresión	X		X					
Estado de conexiones eléctricas (cable, clavija, toma)	X		X					
Estado general taladro (fisuras, ruptura, etc)	X		X					
Condiciones de orden y aseo	X		X					
Observaciones	N/A		N/A					
Inspeccionado por	camila Rodriguez		camila Rodriguez					
Cargo	Analista HSEQ		Analista HSEQ					

FIBRO TANK	FIBROTANK			
	Código: GMN-FO-05	Versión: 04	Página: 1 de 1	Fecha: 15-07-2020
	GESTIÓN MANTENIMIENTO - INSPECCIÓN EQUIPO DE SOLDADURA			

Nombre del proyecto (Si aplica)	Cbtuv.		Cbtuv.					
Fecha de inspección	12-12-2024.		10-12-2024					
Fecha de prox. inspección	16-12-2024.		N/A					
Equipo No.	1		1		1		1	
Datos Generales	Marca LINCON Serie 7533-002		Marca LINCON Serie 7533-002		Marca LINCON Serie 7533-002		Marca LINCON Serie 7533-002	
Descripción	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO
Botón de encendido y apagado	X		X					
Perilla selectora de amperaje	X		X					
Cable de masa	X		X					
Pinza de masa	X		X					
Pinza porta electrodo	X		X					
Cable porta electrodo	X		X					
Ruidos normales en la unidad de compresión	X		X					
Estado de conexiones eléctricas (cable, clavija, toma)	X		X					
Estado general equipo de soldadura (fisuras, ruptura, etc.)	X		X					
Condiciones de orden y aseo	X		X					
Observaciones	Se verifica el estado del equipo.		Sus conexiones son optimas.					
Inspeccionado por	Camilo Rodriguez		Camilo Rodriguez					
Cargo	Analista HSEQ		Analista HSEQ					

FIBRO TANK	FIBROTANK			
	Código: GMN-FO-15	Versión: 00	Página: 1 de 1	Fecha: 15-07-2020
	GESTIÓN MANTENIMIENTO - INSPECCIÓN DE PULIDORA			

Nombre del proyecto (Si aplica)	Globo		Globo		Globo					
Fecha de inspección	10-12-2024		13-12-2024		16-12-2024					
Fecha de prox. inspección	13-12-2024		16-12-2024		N/A					
Pulidora No.	PG002		PG002		PG002		PG002		PG002	
Datos Generales	Marca DEWALT		Marca DEWALT		Marca DEWALT		Marca DEWALT		Marca DEWALT	
	Serie DWE4212 / 9749		Serie DWE4212 / 9749		Serie DWE4212 / 9749		Serie DWE4212 / 9749		Serie DWE4212 / 9749	
Descripción	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO	BUENO	MALO
Interruptor o Gatillo	X		X		X					
Base para discos	X		X		X					
Botón de bloqueo	X		X		X					
Protector para disco	X		X		X					
Mango auxiliar	X		X		X					
Carcasa	X		X		X					
Mango	X		X		X					
Vibraciones normales en la unidad de compresión	X		X		X					
Ruidos normales en la unidad de compresión	X		X		X					
Estado de conexiones eléctricas (cable, clavija, toma)	X		X		X					
Estado general Pulidora (fisuras, ruptura, etc.)	X		X		X					
Condiciones de orden y aseo	X		X		X					
Observaciones	N/A		N/A		N/A					
Inspeccionado por	camilo Rodriguez		camilo Rodriguez		camilo Rodriguez					
Cargo	Analista HSEQ		Analista HSEQ		Analista HSEQ					

RAC-TDA-HSEQ-SG03-01

Estado de Revisión: 0

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA	Codigo: FST.PM-02
		Versión:01
		Fecha: 15/03/2022

VALIDO PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha 03/12/2024 | Valido desde 03/12/24 | Hasta 03/12/24

Sector/ Área de trabajo: Colegio Anita

Responsable del área: Johnny Borja

Equipo especifico objeto del trabajo: PA 120lb

Descripción del trabajo a ejecutar (Defina estrategias para realizar las labores): Izaje de campos de conexión a los tores

ITEM	LISTA DE VERIFICACIÓN SUPERVISOR RESPONSABLE DEL ÁREA	SI	NO	N/A
1	El personal se encuentra afiliado a seguridad social	✓		
2	Se ha delimitado y aislado el área de trabajo	✓		
3	Se verificó que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución	✓		
4	Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar	✓		
5	Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad	✓		
6	Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar	✓		
7	Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar	✓		
8	Se verificó que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehículos	✓		
9	Se verificó el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (preoperacional)	✓		
10	El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar	✓		
11	El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo	✓		
12	El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor	✓		
13	Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad	✓		
14	Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro	✓		
15	Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración	✓		
16	Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vías de evacuación, ubicación de extintores, etc.)	✓		
17	En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles			X
18	Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA			X

Se requiere de los siguiente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco	✓	Gafas	✓	Tapones auditivos		escaleras	
Careta		Protección respiratoria		arnés de seguridad	✓	Andamios	
Guantes	✓	pechera		equipo aire asistido		línea de vida	
Mangas		Botas seguridad	✓	Otro:			

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Nombre	Firma	Nombre	Firma
Juan Cuiza		Erma Alcantara	
Marlon Arce			
Carlos Herrera			
Jhon Zumora			
Fabian Morales			
Francisco Ruiz			
Richard de Jesus Pena A.			

Conocemos los riesgos inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las normas y recomendaciones establecidas

RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS

Responsables	Nombre	Cargo	Firma
SPV responsable del área	Johnny de Jesus Borja A.	Dir. Residente	
SPV respons. Del trabajo	Jhon Zumora	Insp. SST	
SPV Residente SST	Angel Perez	Insp SST	

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha: _____ Hora: _____ Responsable del área _____

Resp trabajo Firma Firma

MONTAJES Y SERVICIOS ELECTROMECANICOS SAS

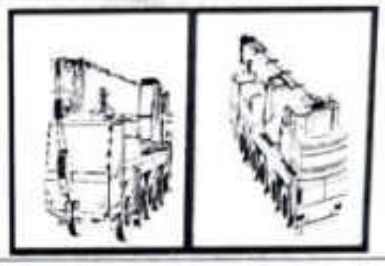
Alquiler de Gruas Telescopicas, Cama Baja hasta 60 toneladas,
Planchon de 12mts, Torre Gruas y Mantenimiento
Electrico Industrial a Nivel Nacional.

PLAN DE IZAMIENTO DE CARGAS CON GRUAS MÓVILES

FECHA: 03-11-2022

Sitio de maniobra: Colegio Bolivia

Peso de carga: 12.000 Lbs. / Kg. / Ton: _____



GRÚA N°1 PLACAS _____

POSICIÓN INICIAL	POSICIÓN FINAL
Radio inicial: 19 m	Radio Final: 18 m
Ángulo inicial: 55.E°	Ángulo Final: 57°
Longitud pluma inicial: 35.5m	Longitud pluma final: 35.5 m
Capacidad grúa: 15 800 Lbs./Kg./Ton.	Capacidad grúa: 16.300 Lbs./Kg./Ton.

GRÚA N° 2 PLACAS _____

POSICIÓN INICIAL	POSICIÓN FINAL
Radio inicial: _____	Radio Final: 18 m
Ángulo inicial: _____	Ángulo Final: _____
Longitud pluma inicial: _____	Longitud pluma final: _____
Capacidad grúa: _____ Lbs./Kg./Ton.	Capacidad grúa: _____ Lbs./Kg./Ton.

Nota: Algunas grúas tienen capacidad diferente al frente y en 360°, verificar

CALCULOS

Carga Neta: 12.000 Kg	Carga bruta: 12.450 Kg
+	Capacidad grúa N°1: 15 800 Kg menor
Peso aparejos: 50 Kg	Capacidad grúa N°2: _____ menor
+	Carga bruta / cap. Grúa N°1: 78 %
Peso gancho: 400	Carga bruta / cap. Grúa N°2: _____ %
=	Si es mayor a 80% el izaje es crítico y requiere aprobación de Seguridad Industrial
Carga bruta: 12 450 Kg	

DATOS APAREJOS:

Capacidad de Eslingas: 24.000 Lbs /Kg./Ton – Capacidad de Grilletes: 12.000 Lbs /Kg./Ton

Orejas u otros puntos de anclaje; cumplen: SI X NO ____

RESIDENTE DE OBRA | INSPECTOR DE SEGURIDAD | OPERARIO

Calle 15C N° 96i - 88 Fontibón - Zona Industrial San Pedro
Telefax: (1)267 80 11 - Móvil: 310 862 5072 - 315 790 9893 E-mail: asistente@montajesmys.com

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
GRÚA TELESCÓPICA

SEMANA DEL 02 AL 06 de Diciembre MARCA Grove MODELO 2017 SERIE GMK6115 Km. Inicial 53946

OPERADOR [illegible] UBICACIÓN Colegio boita PROY. Colegio Km. Final

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	Frontales de servicio			✓											
	Traseras de trabajo (reflector)			✓											
	Direccionales delanteras de parqueo			✓											
	Direccionales traseras de parqueo			✓											
	De stop y señal trasera			✓											
CABINA	Escaleras y pasamanos			✓											
	Alarma de retroceso			✓											
	Pito			✓											
	Cinturones de seguridad			✓											
	* Pedales y mandos manuales en buen estado			✓											
	Vidrios (frontal, trasero, lateral) buen estado			✓											
	Espejos retrovisores (Laterales)			✓											
	Limpiabrisas			✓											
	Extintor de incendio 10 lbs. PQS			✓											
	Asiento en buena condicion			✓											
	Indicadores de: (Presion aceite motor, amperimetro, temperatura motor, tacometro, combustible, angulo, horometro, indicador two block, tabla de carga).			✓											
	Prueba de carga maxima, prueba de estabilidad, Indicador de			✓											
	Pasador freno cabina-tornamesa			✓											
	Puerta con seguros			✓											
LLANTAS	Labrado mínimo 4 mm de huella			✓											
	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin			✓											
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas(Motor, bombas hidraulicas y mangueras)			✓											
	* Funcionamiento del motor (Mínimo/aceleracion)			✓											
	Secciones y Gatos Boom en buen estado			✓											
	* Estado del bloque (gancho, seguro, roldanas)			✓											
	* Cable de carga del bloque			✓											
	* Tambor principal/ auxiliar del cable			✓											
	* Gatos y zapatas de estabilización lateral y cajas estructurales			✓											
	Soporte estructural 1a. sección del Boom			✓											
	Soporte de los gatos del Boom			✓											
	* Punta del Boom y roldadas			✓											
	* Gantry o pórtico de soporte del Boom			✓											
	Roldanas en: Gantry, tambor y punta Boom			✓											
	Estado pasadores (gatos/roldanas/bloque)			✓											
	Mecanismo de giro del tornamesa			✓											
	* Bombas /rodamientos de dirección			✓											
	* Tanque de Combustible (abrasaderas soportes)			✓											
	* Clutch del tambor principal y auxiliar			✓											
	Mastil de soporte del Jib (Aguilón)			✓											
	Ojos y pasadores de anclaje secciones boom			✓											
	Tornillos de anclaje del contrapeso			✓											
	Secciones del Boom, puntas y roldanas			✓											
	Kit ambiental														
FIRMA	FIRMA OPERADOR														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

SMF

PERMISO DE TRABAJO

PRT04

Fecha de solicitud: 23 12 24 9:00 AM **Proyecto:** BOLO

Fecha de finalización: 28 12 24 5:00 PM **Ciudad:** Bogotá

No. trabajadores que participaran: 2 **Responsable del trabajo:** FEDNEY PINEDA / soldador

Emitido por: JHON ESPINOZA **Empresa ejecutora:** SOLMOFE

Instalación de varondas, corte y soldadura de varondas

☑ Herramienta eléctrica y/o mecánica ☑ Herramienta manual ☐ Equipos Colgantes ☐ Otros

☐ Iluminación (Túneles o Deficiencia) ☐ Obreros sobre las Rutas Evacuación ☐ Trabajos sobre pisos humedo ☐ Trabajo manual
☐ Presencia de vectores y/o Animales ☐ Tránsito de vehículos en el área ☐ Manejo de energías peligrosas ☐ Caída de Objetos
☐ Trabajo Uso de cargas ☐ Trabajos en altura ☐ Otros (especifique):

☑ Protección de partículas ☑ Hongueras ☑ Gases, emisiones, polvo ☑ Ruido
☑ Caídas mayores a 1,50 m ☐ Atmósfera explosiva ☑ Altas temperaturas ☐ Atrapado directo/indirecto
☑ Caídas menores a 1,50 m ☑ Riesgo eléctrico ☐ Bajas temperaturas ☐ Caída de objetos
☐ Riesgo de acceso en mal estado ☐ Riesgo locativo ☐ Deficiencias de Iluminación ☐ Espacio reducido
☑ Levantamiento de Carga Mecánica ☐ Cables expuestos ☑ Quemaduras ☐ Levantamiento manual de cargas
☐ Condiciones climáticas adversas: ☐ Cable no visible ☐ Almacenamiento de químicos ☐ Sobretensión Inundable
☐ Proximidad con energizados (Ind. Mts): ☐ Atmósfera explosiva ☐ Extensiones en mal estado ☐ Excavaciones
☐ Otros (especifique): ☐ Fuentes de Ignición

Torso
☐ Total (grafiga) ☑ Bata y botín ☐ Equipo impermeable (para Pesado (Pesado)) ☐ Otros (especifique):

Pies
☑ Calzado de seguridad Dieléctrico ☑ Botas (especifique) ☑ Otros (especifique):

Protección respiratoria
☑ Mascarilla Material Particulado (desechable, etc) ☐ Respiradores (Filtro) Que tipo: ☐ Otros (especifique):

Protección de manos
☑ Guantes de Vaqueta ☑ Guantes de Nitrilo ☐ Guantes de Caucho ☐ Guantes Dieléctricos ☐ Otros (especifique):

Protección cabeza, facial y ocular
☑ Gafas de protección (Oscura y Clara) ☑ Careta ☐ Casco Dieléctrico + Barbuquejo ☑ Casco (Marga) ☐ Otros (especifique):

Protección Auditiva
☐ Protectores de Inserción ☐ Protectores de Copa ☐ Otros (especifique):

Protección contra caídas (Trabajo en alturas y Espacios confinados)
☐ ID ☐ Tie Off ☐ Mosquetón ☐ Anclajes portatil ☐ Trípode de rescate ☐ Eslinga de posicionamiento ☐ Cuerda Guiada Horizontal
☐ RID ☐ Arrestador ☐ Anclajes fijo ☐ Arnés de Seguridad ☐ Eslinga en Y ☐ Eslinga en Y con absorbedor ☐ Línea de vida, Diam: _____
☐ Sistemas de ventilación: ☐ Otros (especifique):

Medios de Acceso
☑ Escalera con tijera ☑ Escalera Multiposición ☑ Escalera extensible ☐ Andamio ☐ Otros (especifique):

Barreras/señales de advertencia
☑ Cinta plástica de precaución ☑ Conos ☑ Cintas reflectivas ☐ Otros (especifique):

Primeros auxilios o otros
☑ Botiquín de primeros auxilios ☑ Camilla ☑ Extintor de incendio ☑ Otros (especifique):

Nombre / Cargo	Cedula	Trabajo en Altura (Dieléctrico, Mecánico, Espacios Confinados, Caliente)	Horas Extra (Con diurna Diurnas, ordinarias con recargo nocturno, festivo y recargos nocturnos para efectivos no deben trabajar más de 2 horas extras, segun ley 2101 de 2021)							
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
FEDNEY PINEDA	1148209541	caliente	fyl			fyl	fyl	fyl		
Soldador Soldador	54768	caliente	fyl			Sop	Sop	Sop		

Ítem	SI	NO	N.A
El personal fue capacitado del trabajo a realizar	✓		
Fueron comunicadas las responsabilidades del permiso	✓		
Se le informo al trabajador las condiciones para otorgarle el permiso	✓		
Se le informo al trabajador de los cambios que afectan la seguridad del trabajo			
El responsable del permiso asegurará que todos los trabajadores que participen en el mismo lo conozcan. Para ello a continuación se verifica la adopción de las siguientes: (Marque con una X)			

La inducción de seguridad en obra ☑ SI ☐ NO
Ha recibido capacitación en el tema? ☑ SI ☐ NO
Métodos de inspección a utilizar ☑ SI ☐ NO

Los responsables del área de trabajo ☑ SI ☐ NO
Los mecanismos de control de los riesgos ☑ SI ☐ NO
El sistema de alarmas y los puntos de reunión ☑ SI ☐ NO

La ubicación de los equipos contra incendios ☑ SI ☐ NO
Los riesgos específicos del trabajo y del área ☑ SI ☐ NO
El posible impacto ambiental del trabajo a realizar ☑ SI ☐ NO

Otros (especifique):

☑ ATS diligenciado ☑ Inspecciones realizadas ☑ Procedimientos de Trabajo ☐ Otros (especifique):

PERMISO DE TRABAJO

FECHA

A. TRABAJOS CON PULIDORAS

NO APLICA		APLICA	✓

FAVOR DILIGENCIAR EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO Ó N.A SEGÚN CORRESPONDA PARA SU VALIDACIÓN

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
... la pulidora se encuentra en buen estado y cuenta con su respectiva guarda	✓			✓	✓	✓	
... se encuentra en buenas condiciones [illegible] de acuerdo a la labor a [illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	

En términos generales las condiciones de trabajo y de salud del personal que hará el trabajo es adecuado para la realización de la labor? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es NEGATIVA se debe informar de la situación al supervisor encargado y abstenerse de realizar la actividad. Si la respuesta es AFIRMATIVA el paso siguiente es aprobar finalmente el permiso de trabajo y mantener al trabajador en permanente supervisión.

B. TRABAJOS EN CALIENTE Y SOLDADURA [illegible]

NO APLICA		APLICA	✓

FAVOR DILIGENCIAR EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO Ó N.A SEGÚN CORRESPONDA PARA SU VALIDACIÓN

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	
[illegible]	✓			✓	✓	✓	

En términos generales las condiciones de trabajo y de salud del personal que hará el trabajo en caliente es adecuado para la realización de la labor? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es NEGATIVA se debe informar de la situación al supervisor encargado y abstenerse de realizar la actividad. Si la respuesta es AFIRMATIVA el paso siguiente es aprobar finalmente el permiso de trabajo y mantener al trabajador en permanente supervisión.

C. TRABAJOS ELÉCTRICOS

NO APLICA		APLICA	

FAVOR DILIGENCIAR EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO Ó N.A SEGÚN CORRESPONDA PARA SU VALIDACIÓN

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El personal que va a manipular la línea cuenta con Tarjeta CONTE							
El equipo o elemento requiere estar desenergizado							
Se bloquearon y señalizaron los sistemas eléctricos involucrados							
Se ha verificado la ausencia de tensión [illegible]							
Se requiere la instalación de un puente a tierra / aterrizamiento de circuitos							
Se realizó la inspección de herramientas manuales y son aptas para su uso (dieléctricas)							
Se establecieron protecciones de seguridad (conos, alarmas, bloqueos, etc)							
Se previenen interferencias con otros trabajos adyacentes							
Los trabajadores conocen las reglas de Oro de la seguridad del RETIE							
Se verificaron las condiciones ambientales (lluvia, velocidad del viento, iluminación)							
Se divulgó el trabajo a ejecutar tanto al personal interno como externo							
Se tiene extintor y equipo contraincendios en el área de trabajo y el personal sabe utilizarlo al momento de un conato de incendio							
Equipos y protecciones están limpios y libres de agua, aceites y/o químicos							

El trabajo es en BAJA, MEDIA o ALTA tensión: Marque con una X y escriba la tensión a trabajar

☐ Baja tensión: Entre ≥ 25 V y ≤ 1000 V ____ ☐ Media tensión: Entre > 1000 V y < 57,5 kV ____ ☐ Alta tensión: Entre ≥ 57,5 kV y ≤ 230 kV ____

En términos generales las condiciones de trabajo y de salud del personal que hará el trabajo eléctrico es adecuado para la realización de la labor? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es NEGATIVA se debe informar de la situación al supervisor encargado y abstenerse de realizar la actividad. Si la respuesta es AFIRMATIVA el paso siguiente es aprobar finalmente el permiso de trabajo y mantener al trabajador en permanente supervisión.

D. TRABAJOS EN ALTURA

NO APLICA		APLICA	

FAVOR DILIGENCIAR EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO Ó N.A SEGÚN LA ALTURA DEL TRABAJO A REALIZAR SEGÚN CORRESPONDA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Escriba la altura aproximada a la que se va a realizar el trabajo (por día)							
Señalizar y aislar la zona de trabajo con cinta de advertencia y/o conos							
Mantener libre de obstáculos el área de trabajo							
Se tiene definido el procedimiento de trabajo seguro							
Los elementos de protección contra caídas están en buenas condiciones y libres de remiendos, nudos y uniones							
El personal que participará en la actividad se encuentra apto y está capacitado para trabajo en alturas (Certificado de competencia)							
El arnés y eslinga de doble terminal adecuado, con capacidad de 5.000 lb o más y es de cuerpo completo							
La línea de vida y/o eslinga a utilizar es de material sintético y con capacidad para 5.000 lb o más							
Se verificó si aplica un sistema de absorción de choque en la línea de seguridad o eslinga (si aplica, debe disponerse)							
La eslinga y/o línea de vida está anclada a un soporte diferente a la estructura donde se van a ubicar los trabajadores							
El sistema de soporte del arnés a la cuerda es de gancho rápido							
Se cuenta con conexión a una línea de vida o punto de anclaje							
Se revisaron condiciones de los sistemas de acceso como escaleras, andamios, alfa rodantes, plataformas, etc. (según procedimiento de la organización)							
Se realizó la inspección del andamio (Tipo/Colgante) y es apto para su uso							
Se realizó la inspección de la escalera y es apta para su uso							
Se requiere de una línea de vida adicional							
Se ha dispuesto los procedimientos y algún sistema de sujeción para las herramientas, los materiales y equipos se encuentran asegurados y/o permanecen a salvo							
La proximidad a las fuentes de energía (eléctrica, mecánica, neumática, térmica, etc) fueron analizadas							
Se verificaron las condiciones ambientales (lluvia, velocidad del viento, iluminación)							
El punto de anclaje está en una posición tal que si la persona se cae no se golpea contra estructuras inferiores o laterales							
Se elaboró el procedimiento escrito para el rescate							
Se realizó el análisis de riesgos y se verificó el cumplimiento de los controles							

En términos generales las condiciones de trabajo y de salud del personal que hará el trabajo en altura es adecuado para la realización de la labor? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es NEGATIVA se debe informar de la situación al supervisor encargado y abstenerse de realizar la actividad. Si la respuesta es AFIRMATIVA el paso siguiente es aprobar finalmente el permiso de trabajo y mantener al trabajador en permanente supervisión.

E. TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS

NO APLICA		APLICA	

FAVOR DILIGENCIAR EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, N.A SEGÚN LA ALTURA DEL TRABAJO A REALIZAR SEGÚN CORRESPONDA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El sitio está aislado de energía							
Se cuenta con ventilación adecuada o se requiere de ventilación mecánica y se encuentra operando adecuadamente							
Existe vigilancia permanente de personal, contando con sistema de comunicación entre el equipo que ejecuta la actividad y el equipo de soporte para emergencias							
Existe iluminación suficiente en el área y si se requiere por las condiciones del trabajo, la iluminación es antiexplosiva							
Si se requiere equipos de trabajo en alturas para el ingreso y salida de los trabajadores que ejecutan la actividad, se encuentran en buen estado							
Se conoce el procedimiento de rescate en espacios confinados							
Se requiere de 2 o más trabajadores para la realización de este trabajo							
Es necesario cortar el suministro de cualquier sustancia al espacio confinado							
Es necesario cortar la energía eléctrica							
El trabajador que entra al lugar está consciente de los riesgos a los que estará expuesto							

En términos generales las condiciones de trabajo y de salud del personal que ingresará al espacio confinado es adecuado para la realización de la labor? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es NEGATIVA se debe informar de la situación al supervisor encargado y abstenerse de realizar la actividad. Si la respuesta es AFIRMATIVA el paso siguiente es aprobar finalmente el permiso de trabajo y mantener al trabajador en permanente supervisión.

PERMISO DE TRABAJO

FECHA:

AUTORIZACIÓN

Yo he verificado con las personas encargadas de realizar los trabajos aplican procedimientos de trabajo y controles para encontrar los riesgos asociados al trabajo, que estos fueron comunicados y que se realizaron las inspecciones necesarias para la realización de la labor. Se conceden [illegible] proceder con la operación del trabajo.

EMISOR / CLIENTE PERSONA QUE AUTORIZA	RESPONSABLE / EJECUTOR PERSONA QUE LIDERA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	SUPERVISOR HSE PERSONA QUE AUTORIZA TRABAJOS EN ALTURAS Y VERIFICA CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES
FIRMA: _____	FIRMA: [signature]	FIRMA: [signature]
VIGENCIA DEL PERMISO	VIGENCIA DEL PERMISO	VIGENCIA DEL PERMISO
Lunes / Martes / Miércoles / Jueves / Viernes / Sábado / Domingo	Lunes / Martes / Miércoles / Jueves / Viernes / Sábado / Domingo	Lunes / Martes / Miércoles / Jueves / Viernes / Sábado / Domingo
	[signature]	[signature]
OBSERVACIONES	OBSERVACIONES	OBSERVACIONES
		[signature]

EBISU	INSPECCION PREOPERACIONAL DE EQUIPO DE SOLDADURA	Codigo: FST PES-09 Version:01 Fecha: 27/10/2022

AREA: Bodega	FECHA INSPECCION:	Semana del: 23/12/24 al 28/12/24

DATOS DEL OPERADOR		DATOS DEL EQUIPO	
Nombre	Ferney Pineda	Marca	
CC	79 820 954	Modelo	
ARL	Sura	Serial	

Diligencie con las siguientes convenciones: C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) NA (NO APLICA)

1. MOTOSOLDADOR	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	OBSERVACIONES
1.1 Estado general	✓			✓	✓			
1.2 Sistema electrico (cables, terminales, pinzas de masa y portaelectrodos)	✓			✓	✓	✓		
1.3 Condiciones del sistema de refrigeracion del motor(sin fugas)	✓			✓	✓	✓		
1.4 Estado del deposito de combustible (sin fugas)	✓			✓	✓	✓		
1.5 Funcionamiento del panel de control	✓			✓	✓	✓		
1.6 Nivel de aceite	✓			✓	✓	✓		
1.7 Estado del arrancador (arranque)	✓			✓	✓	✓		
1.8 Funcionamiento de motor(sin fugas)	✓			✓	✓	✓		
1.9 Correa ventilador	✓			✓	✓	✓		
1.10 Fuente de energia	✓			✓	✓	✓		
1.11 Conexion a Tierra (cable a tierra)	✓			✓	✓	✓		
1.12 Estado de las ruedas de transporte del equipo	✓			✓	✓	✓		
1.13 Estado de la estructura del equipo	✓			✓	✓	✓		
1.14 Eslinga de 10 toneladas	✓			✓	✓	✓		

2. CABLES	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	OBSERVACIONES
2.1 Condicion de los cables	✓			✓	✓	✓		
2.2 Sistema de aislamiento (revestimiento cables)	✓			✓	✓	✓		
2.3 Sistema de conexion (enchufes, etc.)	✓			✓	✓	✓		
2.4 Conexion a Tierra (cable a tierra)	✓			✓	✓	✓		
2.5 Estado de la pinza (conexion a cable)	✓			✓	✓	✓		

3. SOLDADORA	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	OBSERVACIONES
3.1 Sistema de funcionamiento	✓			✓	✓	✓		
3.2 Sistema de conexion (clavija doble aislamiento)	✓			✓	✓	✓		
3.3 Protector de motor	✓			✓	✓	✓		
3.4 Manivela de soporte	✓			✓	✓	✓		

4. OXICORTE	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	OBSERVACIONES
4.1 Tubo de oxigeno (tapas, carrito, etc.)	✓			✓	✓	✓		
4.2 Arrestallamas	✓			✓	✓	✓		
4.3 Valvulas Check	✓			✓	✓	✓		
4.4 Manometros	✓			✓	✓	✓		
4.5 Estado de las mangueras	✓			✓	✓	✓		
4.6 Estado de las mangas de soldar (rachas)	✓			✓	✓	✓		
4.7 Condiciones de las boquillas	✓			✓	✓	✓		

El siguiente item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo
(Marque en la casilla SI o NO segun corresponda)

	Inspeccionó	Bo Jefe Inmediato / SST
Nombres	FERNEY PINEDA S.	JHON ESPINOZA
Cedula	79'820954	1.030.691.600
Firma		

AISU	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE EQUIPO DE SOLDADURA	Codigo: FST.PES-00 Version:01 Fecha: 27/10/2022

PROYECTO: Baika | FECHA INSPECCION: Semana del 23/12/2024 - 28/12/2024

DATOS DEL OPERADOR		DATOS DEL EQUIPO	
Nombre	Sergio	Marca	
C.C.	6492080	Modelo	
ARL	Sura	Serial	

Diligenciar con: C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) NA (NO APLICA)

1. MOTOSOLDADOR		DIAS							OBSERVACIONES
		LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	
1.1	Estado general	✓			✓	✓	✓		
1.2	Sistema electrico (cables, terminales, pinzas de mesa y portaelectrodos)	✓			✓	✓	✓		
1.3	Conexiones del sistema de refrigeración del motor(sin fugas)	✓			✓	✓	✓		
1.4	Estado de depósito de combustible (sin fugas)	✓			✓	✓	✓		
1.5	Funcionamiento del panel de control	✓			✓	✓	✓		
1.6	Nivel de aceite	✓			✓	✓	✓		
1.7	Estado de enchavetado (arranque)	✓			✓	✓	✓		
1.8	Funcionamiento de motor(sin fugas)	✓			✓	✓	✓		
1.9	Correa ventilador	✓			✓	✓	✓		
1.10	Fuente de energía	✓			✓	✓	✓		
1.11	Conexión a Tierra (cable a tierra)	✓			✓	✓	✓		
1.12	Estado de las ruedas de transporte del equipo	✓			✓	✓	✓		
1.13	Estado de la estructura del equipo	✓			✓	✓	✓		
1.14	Cilindro de 10 libras	✓			✓	✓	✓		

2. CABLES		DIAS							OBSERVACIONES
		LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	
2.1	Conexión de los cables	✓			✓	✓	✓		
2.2	Sistema de aislamiento (revestimiento cables)	✓			✓	✓	✓		
2.3	Sistema de conexión (enchufes, etc.)	✓			✓	✓	✓		
2.4	Conexión a Tierra (cable a tierra)	✓			✓	✓	✓		
2.5	Estado de la pinza (conexión al cable)	✓			✓	✓	✓		

3. AMOLADORA		DIAS							OBSERVACIONES
		LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	
3.1	Sistema de funcionamiento	✓			✓	✓	✓		
3.2	Sistema de conexión (clavija-doble aislamiento)	✓			✓	✓	✓		
3.3	Protector de disco	✓			✓	✓	✓		
3.4	Manivela de soporte	✓			✓	✓	✓		

4. OXICORTE		DIAS							OBSERVACIONES
		LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	
4.1	Tubo de oxigeno (capas, carrito, etc.)	✓			✓	✓	✓		
4.2	Antorcha llamas	✓			✓	✓	✓		
4.3	Válvulas Check	✓			✓	✓	✓		
4.4	Manómetros	✓			✓	✓	✓		
4.5	Estado de las mangueras	✓			✓	✓	✓		
4.6	Estado de los mangos de soldar (torcha)	✓			✓	✓	✓		
4.7	Condiciones de las boquillas	✓			✓	✓	✓		

El siguiente item se evaluara semanalmente y lo verificara el Jefe Inmediato o SST de Campo
(Marque en la casilla SI o NO segun corresponda)

	Inspeccionó	Bo Jefe inmediato / SST
Nombres	Sergio Cortes	JHON ESPINOSA
Cedula	54'940.80	1.233.691.230
Firma		

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP EBISU SAS

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-02
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA	02	MES	12	AÑO	24	LUGAR ENTREGA	proyecto eolico
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA								williams vargas
N° C.C.							CARGO	modulo electrico

Hago constar que he recibido de EBISU S.A.S la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	TALLA/ OBSERVACIONES	CANTIDAD
Camet		
Camisa Jean	T= L	1
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo		1
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de segundad Lente claro		1
Careta		
Protectores auditivos	INSERCIÓN	1
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Camaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo	9	1
Mascarilla Desechable		1
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedarconsignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU	FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES	Código: FST-EP-03 Versión: 02 Fecha: 15/01/2022

NOMBRE DEL TRABAJADOR: CARGO:

Fecha de entrega	Protección cabeza	Protección auditiva		Protección facial			Protección respiratoria		Protección de manos				Protección de pies		Protección corporal	Protección lluvia		Uniforme				Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
	Casco con barbuquejo	Tapaoídos inserción	Tapaoídos Copa	Gafas de seguridad lente claro	Gafas de seguridad lente oscuro	Careta	Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Vaqueta	Carnaza	Caucho	Nitrilo	Botas caña con puntera	Botas PVC con puntera	Abrigo con capucha	Chaleco reflectivo	Camisa	Talla	Pantalón	Talla	Botas	Talla				
10/12/24		X			X		X					X													BodG	[firma]

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-02
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 02	MES 12	AÑO 24	LUGAR ENTREGA	proyecto boita
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA					pachon Agudelo
Nº C.C.				CARGO	Tecnico electrico

Hago constar que he recibido de EBISU S.A.S. la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos.

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	TALLA/ OBSERVACIONES	CANTIDAD
Carnet		
Camisa Jean	T=L	1
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo		1
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro		1
Careta		
Protectores auditivos	INSERCIÓN	1
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Carnaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo	T= 9	1
Mascarilla Desechable		1
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedarconsignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

	ENTREGA EPP ADICIONALES	Codigo FST.EP-03	
		Versión 02	
		Fecha 15/03/2022	

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

CARGO:

Fecha de entrega	Proteccion cabeza	Proteccion auditiva	Proteccion Facial			Proteccion Respiratoria		Proteccion de manos			Proteccion de Pies		Proteccion Corporal	Proteccion contra	Uniforme				Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
	Casco con barbuquejo	Tapaoidos Inserción	tapaodios Copa	Gafas de seguridad lente claro	Gafas de seguridad filtro	Careta	Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Vaqueta	Carnaza	Caucho	Nitrilo	Botas cuero con puntera	Botas PVC con puntera	Abrigo con capucha	Antiestres con eslinga de seguridad	Camiseta Talla	Pantalon Talla	Botas Talla				
10/12/24		X		X			X					X										Boila	

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-02
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 20	MES 11	AÑO 24	LUGAR ENTREGA	Boita
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA					Marvin Yunior Olaya angulo
N° C.C.	87946129			CARGO	Ayudante electrico

Hago constar que he recibido de EBISU S.A.S. la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos.

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	TALLA/ OBSERVACIONES	CANTIDAD
Camet		
Camisa Jean	L	1
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo	N/A	1
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro	N/A	1
Careta		
Protectores auditivos	N/A	1
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Carnaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo	N/A	1
Mascarilla Desechable	N/A	2
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el articulo a reponer. La entrega debe quedarconsignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

Código FST.EP-01
Versión 09
Fecha 15/03/2022

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

CARGO:

Fecha de entrega	Protección cabeza		Protección auditiva	Protección Facial		Protección Respiratoria		Protección de manos			Protección de Pies		Protección Corporal	Protección contra caídas					Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
	Casco con barbuquejo	Tapaoídos insertables	Tapaoídos tipo copa	Gafas de seguridad tipo incoloras	Gafas de seguridad tipo oscuras	Careta	Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Visyeta	Carnaza	Cuero	Nitrilo	Botas punta con puntera	Botas PVC con puntera	Abrigo con capucha	Arnés con eslinga de seguridad	Camiseta	Tela	Pantalon	Tela	Botas	Tela
12-12-24		X		X																	Bucaramanga	

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: EST-FR-07 Versión: 00 Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 28	MES 08	AÑO 24	LUGAR ENTREGA	proyecto Bolivia
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA					Dino Jhon Mendoza
N° C.C.	1097776			CARGO	oficial obra

Hago constar que he recibido de EBISU S.A.S. la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos.

RELACION DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	**TALLA/ OBSERVACIONES**	**CANTIDAD**
Camet		
Camisa Jean	XXL	1
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo	1	(1)
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro	(1)	(1)
Monogafas de seguridad Lente claro		
Careta		
Protectores auditivos	INCOLORA	1
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Camaza	(1)	(1)
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo		
Mascarilla Desechable	1	1
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedar consignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

Código: FST.EP.01
Versión: 02
Fecha: 15/03/2022

Fecha de entrega	Protección cabeza		Protección auditiva	Protección Facial		Protección Respiratoria	Protección de manos		Protección de Pies	Protección Corporal: Protección contra caída		Uniforme				Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
	Casco con barbuquejo	Inserción	Copa con ranuras de seguridad	Careta de seguridad	Gafas de seguridad	Careta	Mascarilla desechable	Respirador	Bayeta	Carnaza	Cuero	Manoplas en cuero con Muñeca	Botas PEC con puntera	Abrigo con capucha	Arnés con eslinga de absorción	Camiseta	Tula	Pantalon	Talla	Chaqueta	Talla				
19-09-24											X													Boita	
11-10-24						X					X		X											Boita	
25-10-24																						T: 45		Boita	
02-12-24																		X	40					Boita	
											X														

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-O2
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA	03	MES	08	AÑO	24	LUGAR ENTREGA	BOHO
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA								Isidro Santiago
N° C.C.	PPT = 7636590						CARGO	ayudante obra

Hago constar que he recibido de **EBISU S.A.S** la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos.

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	**TALLA/ OBSERVACIONES**	**CANTIDAD**
Camet		
Camisa Jean	T = M	
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)	T = 3	
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo	1	
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro	1	
Careta		
Protectores auditivos	INSERCION	
Guantes de Vaqueta	1	
Guantes de Camaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo		
Mascarilla Desechable	1	
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedar consignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

Código: FLT EP-03
Versión: 02
Fecha: 15/03/2023

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

CARGO:

Fecha de entrega	Proteccion cabeza		Proteccion auditiva		Proteccion Facial		Proteccion Respiratoria		Proteccion de manos			Proteccion de Pies		Proteccion Corporal	Proteccion contra caidas	Uniforme				Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
	Casco con barbuquejo	Tapones de inserción	Tapones Copa	Gafas de seguridad incoloras	Gafas de seguridad tinte	Careta	Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Vaqueta	Carnaza	Caucho	Nitrilo	Botas cuero con puntera	Botas PVC con puntera	Arnés con cuerpo entero con eslinga de absorción	Camiseta Talla	Pantalon Talla	Botas Talla					
21-08-24					X				X													Boito	
29-08-24											X											Boito	
09-08-24										X												Boito	
12-09-24																	X	32				Boito	
20-09-24												X										Boito	
23-09-24				X																		Boito	
26-09-24									X													Boito	
08-09-24		X																				Boito	
16-10-24																	X	30				Boito	
21-10-24									X													Boito	
19-11-24											X											Boito	
15-11-24																X	M					Boito	
18-11-24											X											Boito	
19-11-24						X					X										Daño Reposición	Boito	

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-02
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 9	MES 07	AÑO 24	LUGAR ENTREGA	proyecto boila
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA					Frank alejandro Arevalo
N° C.C.	1.001.045.209			CARGO	Ayudante Hidraulico

Hago constar que he recibido de **EBISU S.A.S.** la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos.

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	**TALLA/ OBSERVACIONES**	**CANTIDAD**
Carnet		
Camisa Jean		
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo		
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro		
Careta		
Protectores auditivos		
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Camaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo		
Mascarilla Desechable		
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedar consignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

Código: FST.EP-03
Versión: 02
Fecha: 15/11/2023

NOMBRE DEL TRABAJADOR: FLANK ARevalo

CARGO: Aplicador Hidraulico

Fecha de entrega	Protección cabeza: Casco con barbuquejo	Protección auditiva: Tapaoidos inserción	Tapaoidos Copa	Gafas de seguridad lente claro	Protección Facial: Gafas de seguridad lente oscuro	Careta	Protección Respiratoria: Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Protección de manos: Vaqueta	Carnaza	Caucho	Nitrilo	Botas nuevo con punera	Botas PVC con punera	Protección de Pies: Abrigo con capucha	Protección Corporal: Impermeable overol naranja de seguridad	Uniforme: Camiseta	Talla	Pantalon	Talla	Chaqueta	Talla	Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
10-07-24																	X	L							Boita	
31-07-24		X																							Boita	
06-08-24												X													Boita	
08-08-24											X														Boita	
13-08-24									X																Boita	
16-08-24				X																					Boita	
27-08-24												X													Boita	
14-09-24												X													Boita	
28-09-24												X													Boita	
30-09-24											X														Boita	
07-10-24												X													Boita	
16-10-24												X													Boita	
22-10-24		X		X																					Boita	
25-10-24												X													Boita	
15-11-24																	X	L							Boita	
17-11-24												X													Boita	
20-11-24											X	X													Boita	
06-12-24		X					X																		Boita	

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-02
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 9	MES 07	AÑO 24	LUGAR ENTREGA	proyecto Boila
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA					eliezer ocorio pacheco
N° C.C.	1.063.164.092			CARGO	Tecnico electrico

Hago constar que he recibido de **EBISU S.A.S.** la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos.

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	**TALLA/ OBSERVACIONES**	**CANTIDAD**
Camet		
Camisa Jean		
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo		
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro		
Careta		
Protectores auditivos		
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Camaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo		
Mascarilla Desechable		
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedarconsignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

Código: TST-FP-03
Versión: 02
Fecha: 15/01/2022

NOMBRE DEL TRABAJADOR: elicer osorio

CARGO: Tecnico electrico

Fecha de entrega	Protección cabeza		Protección auditiva		Protección Facial		Protección Respiratoria		Protección de manos		Protección de Pies		Protección Corporal: Protección contra caídas		Uniforme				Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
	Casco con barbuquejo	Tapaoidos inserción	Tapaoidos Copa	Gafas de seguridad lente claro	Gafas de seguridad lente oscuro	Careta	Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Vaqueta	Carnaza	Caucho	Nitrilo	Botas dieletricas con puntera	Botas PVC con puntera	Arnes con capucha	Arnes con eslinga de amortiguador	Camiseta	Talla	Pantalon	Talla	Chaqueta	Talla				
09-07-24				X			X																		Boito	
22-07-24												X													Boito	
12-09-24												X							X	36					Boito	
29-09-24												X													Boito	
15-10-24												X													Boito	
15-10-24				X																					Boito	
21-10-24				X																					Boito	
31-10-24																	X	L							Boito	
19-11-24													X										T=45		Boito	

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-02
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 9	MES 07	AÑO 14	LUGAR ENTREGA	Proyecto Bolo
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA					Benjamin Quintero
N° C.C.	1129.593			CARGO	Oficial Hidraulico

Hago constar que he recibido de EBISU S.A.S. la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos.

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	TALLA/ OBSERVACIONES	CANTIDAD
Cámet		
Camisa Jean		
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo		
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro		
Careta		
Protectores auditivos		
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Carnaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo		
Mascarilla Desechable		
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedar consignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

Código: FS1 EP-03
Versión: 03
Fecha: 15/03/2022

NOMBRE DEL TRABAJADOR: BENJAMIN Caldera

CARGO: Oficial Instalador

Fecha de entrega	Protección cabeza		Protección auditiva		Protección Facial		Protección Respiratoria		Protección de manos			Protección de Pies		Protección Corporal: ropa de trabajo			Uniforme				Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
	Casco con barbiquejo	Tapaoídos inserción	Tapaoídos Copa	Lentes de seguridad lente claro	Gafas de seguridad filtro	Careta	Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Vaqueta	Carnaza	Caucho	Nitrilo	Botas cuero con punteira	Botas PVC con punteira	Abrigo con capucha Alta visibilidad	Arnés de seguridad	Camiseta	Talla	Pantalon	Talla	Chaqueta	Talla				
17-07-24				X																						
29-07-24									X															BOYACA	
12-08-24									X															Boyaca	
19-08-24												X							X	M				BOYACA	
30-08-24												X												BOYACA	
14-09-24												X												BOYACA	
20-09-24									X															BOYACA	
21-10-24									X			X												BOYACA	

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-02 Versión: 00 Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA	9	MES	07	AÑO	24	LUGAR ENTREGA	proyecto Bodega
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA								Christian Gonzalez
N° C.C.	1.106.890.790						CARGO	Oficial de obra

Hago constar que he recibido de EBISU S.A.S. la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	TALLA/ OBSERVACIONES	CANTIDAD
Camet		
Camisa Jean		
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo		
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro		
Careta		
Protectores auditivos		
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Carnaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo		
Mascarilla Desechable		
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedarconsignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

Código: FST.EP-03
Versión: 02
Fecha: 15/03/2022

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Christian Gonzalez

CARGO: Oficial Obra

Fecha de entrega	Protección Cabeza		Protección auditiva		Protección Facial	Protección Respiratoria		Protección de manos		Protección de Pies	Protección Corporal (Protección contra caídas)		Uniforme				Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
	Casco con barbuquejo	Tapaoidos inserción	tapaoidos Copa unidos de seguridad tensión ciclo.	Gafas de seguridad tipo	Careta	Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Vaqueta	Carnaza	Caucho	Nitrilo	Botas cuero con puntera	Botas PVC con puntera	Arnés con cabuchá almat con eslinga de amortig.	Camiseta	Talla	Pantalón Talla	Chaqueta Talla		
09-09-24						X				X										
25-07-24											X								Bolita	
06-08-24				X							X								Bolita	
12-08-24					X														Bolita	
16-08-24											X							Capitanejo	Bolita	
14-11-24										X									Bolita	
23-11-24															X L		Botas 40		Bolita	
29-11-24										X									Bolita	

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-02
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 9	MES 07	AÑO 24	LUGAR ENTREGA	puerto boyacá
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA					Andres felipe rodriguez
N° C.C.	1.276.976.666			CARGO	modulo electrico

Hago constar que he recibido de EBISU S.A.S. la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	TALLA/ OBSERVACIONES	CANTIDAD
Carnet		
Camisa Jean		
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo		
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro		
Careta		
Protectores auditivos		
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Carnaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo		
Mascarilla Desechable		
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el articulo a reponer. La entrega debe quedarconsignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

Código: FST EP-01
Versión: 02
Fecha: 16/03/2022

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Pedro Felipe rodriguez CARGO: Ayudante electrico

Fecha de entrega	Protección cabeza		Protección auditiva		Protección Facial		Protección Respiratoria			Protección de manos		Protección de Pies		Protección Corporal (proteccion contra caidas)			Uniforme				Otro	Observaciones	Proveer/Lugar	Firma
	Casco con barbuquejo	Tapaoidos Insercion	Tapaoidos Copa	Gafas de seguridad tipo clan.	Gafas de seguridad filtro	Careta	Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Viaquete	Carnaza	Caucho	Nitrilo	Botas cuero con punteras	Botas PVC con punteras	Abrigo con reflectivo	Arnes con eslinga de seguridad	Camiseta	Talla	Pantalon	Talla	Chaqueta	Talla			
17-07-24				X			X																	Bolivia	
11-09-24																			X	34			Barbaroja	Bolivia	
17-09-24				X																				Bolivia	
19-09-24												X												Bolivia	
20-09-24											X													Bolivia	
15-10-24												X												Bolivia	
31-10-24																		S,L	X	34				Bolivia	
15-11-24				X																				Bolivia	

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-02
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 9	MES 07	AÑO 24	LUGAR ENTREGA	proyecto bolito
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA					Joe Berrio conde
N° C.C.	1.003.040.086			CARGO	Ayudante obra

Hago constar que he recibido de **EBISU S.A.S.** la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos.

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	TALLA/ OBSERVACIONES	CANTIDAD
Carnet		
Camisa Jean		
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo		
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro		
Careta		
Protectores auditivos		
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Carnaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo		
Mascarilla Desechable		
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedarconsignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jose Pablo Conde

CARGO: Ayudante

Fecha de entrega	Protección cabeza	Protección auditiva	Protección Facial	Protección Respiratoria	Protección de manos	Protección de Pies	Protección Corporal: protección contra caídas	Uniforme	Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
	Casco con barbuquejo	Tapones inserción	Capuchon Capa	Gafas de seguridad tonalidad clara	Gafas de seguridad lente claro	Careta	Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Viaguna	Camisa	Caucho	Nitrilo	Botas cuero con puntera	Botas PVC con puntera	Arnés con cinta antideslizante	Eslinga de seguridad	Camiseta	Tela	Pantalon	Tela	Chaqueta	Tela				
10-09-24												X												Bota		
24-09-24												X												Bota		
03-09-24				X								X												Bota		
12-08-24																								Bota		
03-09-24									X															Bota		
25-09-24											X													Bota		
10-10-24		X									X													Bota		
11-10-24					X																			Bota		
25-10-24											X													Bota		
28-10-24									X								X	M	X	JD				Bota		
15-11-24																							Botas 40	Bota		
25-11-24									X															Bota		
07-01-25									X															Bota		
																								Bota		

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-02
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 9	MES 07	AÑO 24	LUGAR ENTREGA	proyecto boito
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA					Jose Bernardo Herrera
N° C.C.	1.001.297.484			CARGO	plomero

Hago constar que he recibido de **EBISU S.A.S.** la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos.

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	**TALLA/ OBSERVACIONES**	**CANTIDAD**
Camet		
Camisa Jean		
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo		
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro		
Careta		
Protectores auditivos		
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Carnaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo		
Mascarilla Desechable		
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedarconsignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Jose Herrera

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

Codigo: PST EP-03
Versión 02
Fecha: 05/03/2023

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jose Bernardo Acevedo CARGO: Ayudante

Fecha de entrega	Protección cabeza		Protección auditiva		Protección Facial		Protección Respiratoria		Protección de manos		Protección de Pies		Protección Corporal (Protección contra caídas)			Uniforme				Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
	Casco con barbuquejo	Tapabocas desechable	Tapaoidos Copa	Tapaoidos de inserción tipo de seguridad tapa rizo	Gafas de seguridad filtro	Careta	Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Vaqueta	Carnaza	Caucho	Nitrilo	Bolas cuero con puntera	Botas PVC con puntera	Arnés con capucha antiestatico con eslinga de amortiguador	Camiseta	Talla	Pantalón	Talla	Chaqueta	Talla				
29-07-24										X						X	L						Bolta	José H.
16-07-24					X																		Bolta	*José H.
26-07-24										X													Bolta	José H.
13-08-24										X													Bolta	José H.
19-08-24					X																		Bolta	José H.
04-09-24										X													Bolta	José H.
12-09-24										X			X									T = 40	Bolta	José H.
23-09-24										X													Bolta	José H.
11-10-24					X							X											Bolta	José H.
23-11-24										X													Bolta	*José H.
09-12-24										X													Bolta	José H.
23-12-24										X													Bolta	José H.

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-O2
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 9	MES 07	AÑO 24	LUGAR ENTREGA	proyecto boita
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA					Alexander lopez
N° C.C.	13.063.241			CARGO	Oficial obra

Hago constar que he recibido de EBISU S.A.S. la siguiente dotación y E.P.P. De la misma forma manifiesto que he recibido instrucciones sobre el uso, cuidado, mantenimiento y disposición de los mismos.

RELACIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS		
ELEMENTO	**TALLA/ OBSERVACIONES**	**CANTIDAD**
Carnet		
Camisa Jean		
Pantalón Jean		
Botas industriales cuero (Con Puntera)		
Botas PVC (Con Puntera)		
Casco con Barbuquejo		
Monogafas de seguridad Filtro UV Lente Oscuro		
Monogafas de seguridad Lente claro		
Careta		
Protectores auditivos		
Guantes de Vaqueta		
Guantes de Carnaza		
Guantes de Caucho		
Guantes de Nitrilo		
Mascarilla Desechable		
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros ( )		

Nota:

- Es indispensable y obligatorio para ingresar a laborar al sitio de trabajo, utilizar los Elementos de Protección Personal y dar el uso adecuado a los mismos.
- Para la reposición de los respectivos E.P.P. el trabajador debe presentar el artículo a reponer. La entrega debe quedarconsignada en el Formato Control Entrega EPP Adicionales.

Firma aprobación

Firma del trabajador

EBISU

FORMATO CONTROL DE ENTREGA EPP ADICIONALES

Código: FSTEP-03
Versión: 02
Fecha: 11/03/2022

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Alexander lopez Medina CARGO: Oficial

Fecha de entrega	Proteccion cabeza: Gasas con barbuquejo	Proteccion auditiva: Tapaoidos inserción	Tapaoidos copa	Proteccion Facial: Gafas de seguridad lente claro	Gafas de seguridad Filtro	Careta	Proteccion Respiratoria: Mascarilla desechable	Respirador Filtro	Vinipiel	Proteccion de manos: Camisa	Caucho	Nitrilo	Proteccion de Pies: Botas cuero con puntera	Botas PVC con puntera	Proteccion Corporal Proteccion contra caidas: Abrigo con capucha	Arnes con eslinga de sinconizac.	Camiseta	Talla	Pantalon: Talla	Chaqueta Talla	Otro	Observaciones	Proyecto/Lugar	Firma
11-07-24										X													Boita	
15-07-24											X												Boita	
25-07-24										X													Boita	
14-08-24					X					X	X								X	X			Boita	
21-08-24										X	X												Boita	
03-09-24										X	X												Boita	
23-09-24				X						X	X												Boita	
11-10-24							X					X											Boita	
18-10-24										X													Boita	
29-10-24										X													Boita	
05-12-24										X													Boita	

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

REGISTRO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP SUBCONTRATISTA

CAP

FORMATO DE ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CODIGO: SST-CAP-001

FECHA: 30/03/22

VERSION: 01

PROYECTO: Colegio Bolivar

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Manuel Cañaveral | CEDULA: 1.111.978.921 | CARGO: Ayudante

ELEMENTOS ENTREGADOS

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO																			NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA DEL TRABAJADOR
	Pantalón	Camisa	Chaleco	Overol	Botas de seguridad	Guantes de Nylon Multiflex	Guantes de Caucho Industrial	Gafas de seguridad	Casco	Barbiquejo	protectores auditivos	Tapabocas desechable	Peinilla	Manga en carnaza	Polainas en carnaza	Guantes de carnaza	Guantes antiácido	Guantes tipo ingeniero	OTRO		
18-12-2024								/	/		/					/				Guia f	Manuel C.

DECLARACIÓN Y COMPROMISO DEL TRABAJADOR

Como trabajador declaro que recibo la dotación legal en buenas condiciones y de manera gratuita. La exigiré para dando cumplimiento al Código Sustantivo de Trabajo, Artículo 230, modificado por el art. 7o. de la Ley 11 de 1984.

Como trabajador declaro que recibo los elementos de protección personal (EPP) requeridos para el desempeño de mi labor, en buenas condiciones y de manera gratuita, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 9 del enero 24 de 1979 (Título III, artículos 122 a 124) y en la Resolución 2400 de mayo 22 de 1979 (Título IV, Capítulo II, artículos 176 a 204).

Como trabajador (a) me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral, los elementos (de: dotación y elementos de protección personal (EPP) y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas que contemplan a mi actividad física, psicológica y social. Declaro que he recibido la debida información sobre el uso adecuado y mantenimiento de los mismos.

Como trabajador (a), me obligo a hacer uso de los elementos facilitados como dotación, en las labores para las cuales he sido contratado. Entiendo que como lo dispone el Código Sustantivo de Trabajo, Artículo 233, modificado por el art. 10 de la Ley 11 de 1984 Ley 11 de 1984, en caso de que no haga uso de alguno de los elementos recibidos, el empleador notificará su retiro de dichos por escrito, y de persistir la falta, según sentencia 36274 de la Corte Suprema de Justicia, la mi utilización de los Elementos de Protección Personal, se podrá incluir para la terminación sin costos.

Escaneado con CamScanner

CAP

FORMATO DE ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

PROYECTO: Colegio Boita

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Barrera Gonzalez | CÉDULA: 1.005.091.028 | CARGO: Ayudante

ELEMENTOS ENTREGADOS

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO																			NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA DEL TRABAJADOR
	Pantalón	Camisa	Overoles	Casco	Botas de seguridad	Guantes de Nylon Multiflex	Guantes de Cuerda Industrial	Gafas de seguridad	Chaleco	Bombaypolo	protección auditiva	Tapabocas desechable	Pechera	Botiquín en camioneta	Avisos en portería	Kapotes de lluvia	Kapotes antifluidos	Guantes cuero ingeniero	otros		
12-12-2024								✓	✓		✓					✓	✓			Guant	Barrera

DECLARACIÓN Y COMPROMISO DEL TRABAJADOR

Como trabajador dentro del medio de actuación legal en buenas condiciones y de manera gratuita. La empresa para dando cumplimiento al Código Sustantivo del Trabajo, Artículo 230, modificado por el art. 7o. de la Ley 11 de 1984.

Como trabajador tendrá que recibir los elementos de protección personal (EPP), requeridos para el encargado de mi labor, de manera satisfactoria y de manera gratuita, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 9 de enero 24 de 1979 (Título III, artículos 122 a 125) y en la Resolución 2400 de mayo 22 de 1979 (Título III, Capítulo II, artículos 176 a 201).

Como trabajador soy responsable y utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos que entrega como dotación y elementos de protección personal (EPP) y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas que contribuyan a mi Bienestar Físico, psicológico y social. Siempre que he recibido la debida información sobre el uso adecuado y mantenimiento de los mismos.

Como trabajador no, me obligo a tener uno de los elementos mientras cumplo servicios, en los lugares para los cuales he sido contratado. Entiendo que según lo dispone el Código Sustantivo de Trabajo, Artículo 230, modificado por el art. 10 de la Ley 11 de 1984 (Ley 11 de 1984, en caso de que no haya con de de los elementos mínimos, el empleador responde el incluido de salarios por semana, y de por cada día hábil, según sentencia SU-214 de la Corte Suprema de Justicia, la no utilización de los elementos de Protección Personal, se podrá motivar para la terminación del contrato.

Escaneado con CamScanner

CAP

FORMATO DE ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATISTA: Colegio Bella

NOMBRE: Edisson Rodriguez

CEDULA: 1.118.571.353

CARGO: Ayudante

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

ELEMENTOS SUMINISTRADOS

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO																		OBSERVACIONES	FIRMA DEL TRABAJADOR
	Pantalón	Camisa	Chaleco	Gorra	Botas de seguridad	Guantes de fibra sintética	Guantes de cuero industrial	Gafas de seguridad	Casco	Botiquín	Protección auditiva	Tapabocas desechable	Peinilla	Bolsa en cintura	Pretina en cuero	Guantes de carnaza	Poncho	Kit Kushma (tipo ingeniero)	OTRO	
13-12-2024								✓	✓		✓					✓			Gafas	EDISON

DECLARACIÓN Y COMPROMISO DEL TRABAJADOR

Como trabajador declaro que recibo la dotación legal en calidad suministrada y de material gratuito. Lo anterior dando cumplimiento al Código Sustantivo de Trabajo, Artículo 230, modificado por el art. 7o. de la Ley 11 de 1984.

Como trabajador certifico que recibo los elementos de protección personal (EPP) requeridos para el cumplimiento de mi labor, de manera satisfactoria y de material gratuito, de acuerdo con lo anunciado en la Ley 9 de enero de 1979 (Título III, artículos 122 a 124) y de la Resolución 2400 de mayo 22 de 1979 (Título III, Capítulo I, artículos 176 a 201).

Como trabajador soy responsable y utilizaré adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal (EPP) y mantendremos en buen estado, dando cumplimiento a las normas que establezcan en la empresa frente, almacenaje y cuidado. También que no realizaré ninguna modificación a los elementos suministrados, salvo con mi autorización escrita de los mismos.

Como trabajador sé, que incurriré en falta con las consecuencias disciplinarias (como llamados, en tres ocasiones) que tiene establecido el Código Sustantivo de Trabajo, Artículo 115, modificado por el art. 10 de la Ley 11 de 1984 (art. 7o de la Ley 11 de 1984, en caso de que la Negligencia de los elementos suministrados, el incumplimiento de las obligaciones y prohibiciones aquí estipuladas, y de persistir la falta según establecido en el art. 58 de la Ley Sustantiva del Trabajo, en la utilización de las Disposiciones de Protección Personal, se podrá iniciar para la terminación del contrato.

Escaneado con CamScanner

CAP

FORMATO DE ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CODIGO: 247-CAP-###

FECHA: 28/03/2023

VERSION: 01

PROYECTO: Colegio Bolita

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE: Nerbin Guzelin

CÉDULA:

CARGO: Soldadura

ELEMENTOS ENTREGADOS

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO																			NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA DEL TRABAJADOR
	Pantalón	Camisa	Chaleco	Overol	Botas de seguridad	Guantes de Nylon Nitrilico	Guantes de Cuadro Industrial	Gafas de seguridad	Casco	Barbiquejo	protectores auditivo	Tapabocas Mascarilla	Peshera	Mangas en cuero	Polainas en cuero	Guantes de cuero	Guantes aislantes	Guantes Apa Ingeniero	OTRO		
22-11-2024								✓	✓		✓					✓	✓			Cesar	
13-11-2024																✓				Cesar	
11-12-2024																✓				Cesar	
17-12-2024	✓																			Cesar	

DECLARACIÓN Y COMPROMISOS DEL TRABAJADOR

Como trabajador declaro que recibo la dotación legal en buenas condiciones y de manera gratuita. La anterior para dando cumplimiento al Código Sustantivo de Trabajo, Artículo 230, modificado por el art. 7o. de la Ley 11 de 1984

Como trabajador declaro que recibo los elementos de protección personal (EPP) requeridos para el desempeño de mi labor, en buenas condiciones y de manera gratuita, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 9 de enero 24 de 1979 (Título III, artículos 122 a 124) y en la Resolución 2400 de mayo 22 de 1979 (Título IV, Capítulo II, artículo 176 a 201).

Como trabajador (a) me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral, los elementos que entrega como dotación y elementos de protección personal (EPP) y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas que contribuyan a mi Bienestar físico, psicológico y moral. Declaro que he recibido la debida instrucción sobre el uso adecuado y mantenimiento de los mismos.

Como trabajador (a), me obligo a hacer uso de los elementos recibidos como dotación, en las labores para las cuales he sido contratado. Entiendo que como lo dispone el Código Sustantivo de Trabajo, Artículo 233, modificado por el art. 05 de la Ley 11 de 1984 Ley 11 de 1984, un caso de que no haga uso de los elementos citados, el empleador trabajo se liberado de atención por eventos, y de perjuicio la Labs, según sentencia 36274 de la Corte Suprema de Justicia, la no utilización de los Elementos de Protección Personal, es justa causa para la terminación del contrato.

Escaneado con CamScanner

	PROCESO	SST	CÓDIGO: SST FOR 001
	FORMATO	ENTREGA DE EPP	VERSIÓN: 1
			FECHA: 19 06 2024

NOMBRE	Cesar Fuenmayor
IDENTIFICACIÓN	1143252315
CARGO	Inspector SST
FECHA DE INGRESO	24-01-2024
SUPERVISOR	CAP

ELEMENTO ENTREGADO	FECHA			CAUSA REPOSICIÓN			FIRMA DE RECIBIDO	SST QUIEN ENTREGA	FIRMA
Casco de seguridad	24	01	24						
Tapa oidos	24	01	24						
Camisa #M Cant. 1	30	01	24						
Pantalon #30 Cant. 1	30	01	24						
Botas de Seguridad	16	10	24						
Tapa oidos	14	10	24						

Escaneado con CamScanner

	PROCESO	SST	CÓDIGO: SST FOR 001
	FORMATO	ENTREGA DE EPP	VERSIÓN: 1
			FECHA: 19-06-2024

NOMBRE	Jefri Reyes
IDENTIFICACIÓN	1002880760
CARGO	soldado
FECHA DE INGRESO	
CONSTRUCTORA	CAP

ELEMENTO ENTREGADO	FECHA			CAUSA DE REMPLAZO				FIRMA DE RECIBIDO	SST QUE ENTREGA	FIRMA
Pantalon #32 cant 2								Jefri Reyes		
Guantes Troqueta	02	08	24					Jefri Reyes		
Gafas de seguridad	13	08	24					Jefri Reyes		
Guantes para soldar	17	08	24					Jefri Reyes		
Guantes para soldar	11	9	24					Jefri Reyes		
Guantes para soldar	17	9	24					Jefri Reyes		
Tapa oidos	24	9	24					Jefri Reyes		
Filtros P100	25	9	24					Jefri Reyes		
Guantes para soldar	11	10	24					Jefri Reyes		
Gafas de seguridad	14	10	24					Jefri Reyes		
Guantes de soldar	28	10	24					Jefri Reyes		
tapa oidos	12	12	24					Jefri Reyes		
Guantes troqueta	15	11	24					Jefri Reyes		
Guante troqueta	19	12	24					Jefri Reyes		
Pantalon talla #34	14	12	24					Jefri Reyes		

Escaneado con CamScanner

	PROCESO	SST	CODIGO: SST FOR 001
	FORMATO	ENTREGA DE EPP	VERSION: 1
			FECHA: 19-06-2024

NOMBRE	CESAR HERRERA
IDENTIFICACIÓN	2464149
CARGO	AYUDANTE SOLDADURA
FECHA DE INGRESO	05 JUNIO 2024
CONSTRUCTORA	CAP

ELEMENTO ENTREGADO	FECHA			CAUSA REPOSICIÓN			FIRMA DE RECIBIDO	SST QUIEN ENTREGA	FIRMA
GAFAS	05	06	24	N					
TAPA OIDOS	05	06	24	N					
GUANTES	05	06	24	N					
BOTAS TALLA 42	05	06	24	N					
TAPA OIDOS	20	06	24		P				
Pantalon # 32 cont, 2	30	07	24						
Guantes Vaqueta	01	08	24						
Gafas de seguridad	02	08	24						
Guantes vaqueta	20	08	24						
Guantes vaqueta	24	08	24						
Guantes vaqueta	9	9	24						
Gafas de seguridad	2	10	24						
Guantes de vaqueta	11	10	24						
Gafas de seguridad	18	10	24						
Guantes vaqueta	15	11	20						
Gafas de seguridad	21	11	24						
Guantes de vaqueta	3	12	24						

Escaneado con CamScanner

	PROCESO	SST	CÓDIGO: SST FOR 001
	FORMATO	ENTREGA DE EPP	VERSIÓN: 1
			FECHA: 19 06 2024

NOMBRE	Jakson cofidi
IDENTIFICACIÓN	87 26 30 17
CARGO	Pintor
FECHA DE INGRESO	23-10-24
CONSTRUCTORA	C&F

ELEMENTO ENTREGADO	FECHA			CAUSA REPOSAÑ PER			FIRMA DE RECIBIDO	SST QUE ENTREGA	FIRMA
Gafas de seguridad	23	10	24						
Gafas de seguridad	23	10	24						
Guantes de vaqueta	23	10	24						
Tapa oidos	23	10	24						
Guantes de vaqueta	15	11	24						
mascara respiratoria	12	11	24						
Tapa oidos	12	11	24						
Gafas de seguridad	25	11	24						
Guantes de vaqueta	25	11	24						

Escaneado con CamScanner

	PROCESO	SST	CÓDIGO: SST FOR 001
	FORMATO	ENTREGA DE EPP	VERSIÓN: 1
			FECHA: 19-06-2024

NOMBRE	Sebastian mosquera
IDENTIFICACIÓN	1010360873
CARGO	Aprendiz
FECHA DE INGRESO	15-07-2024 - 12-11-2024
DIRECCIÓN	CAD

ELEMENTO ENTREGADO	FECHA			CAUSA REPOSICIÓN			FIRMA DE RECIBIDO	SST QUE ENTREGA	FIRMA
Botas de seguridad caño	12	07	24				Sebastian M.		Sebastian M.
Guantes Naguetes	19	07	24				Sebastian M.		Sebastian M.
Gafas	12	07	24				Sebastian M.		Sebastian M.
Gafas	12	07	24				sebastian M.		Sebastian M.
Pantalón #30 cant 1	30	07	24				Sebastian M.		Sebastian M.
Camisa #M Cant 1	30	07	24				sebastian M.		Sebastian M.
Guantes Naguetes	31	07	24				sebastian M.		Sebastian M.
Guantes naguetes	01	08	24				Sebastian M.		Sebastian M.
Guantes Naguetes	20	08	24				Sebastian M.		Sebastian M.
Casco	12	11	24				Sebastian M.		Sebastian M.
Tapa oidos	12	11	24				Sebastian M.		Sebastian M.
Guantes Naguetes	12	11	24				Sebastian M.		Sebastian M.
Botas de seguridad	12	11	24				Sebastian M.		Sebastian M.
Tapa oidos	09	12	24				sebastian M.		Sebastian M.

Escaneado con CamScanner

FIBRO TANK	FIBROTANK			
	Codigo: SIG-SST-FO-12	Version: 06	Página: 1 de 1	Vigente desde: 28-09-2023
	SIG - ENTREGA DE EPP			

DATOS PERSONALES

Nombre	Jonatan Davida Barraza Puello		Respirador	M
Cedula	1.068 390 522	TALLAS	Guantes	M
Proceso	Operativo		Tyvek	XXL

El trabajador aqui firmante hace constar que recibió real y materialmente los EPP en el presente documento y que:

1. El trabajador deberá mantener en perfecto estado de conservación, utilizar y cuidar correctamente los equipos de protección personal facilitados por el empleador.
2. Cuando los EPP se encuentren deteriorados fruto del transcurso del periodo de vida util previsto, el trabajador deberá solicitar su cambio.
3. El NO uso de los EPP durante el desarrollo de las actividades propias del cargo, llevara a tomar medidas disciplinarias de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo vigente.

Descripción de elementos de protección personal	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma
Cartuchos para respirador	28-06-24										
Guantes de caucho	28-08-24										
Guantes de Látex											
Guantes tipo ingeniero	28-08-24										
Mono gafas	28-06-24	27-11-24									
Pre filtros para respirador	28-8-24										
Protector auditivo de copa											
Protector auditivo de inserción	28-08-24	05-11-24									
Respirador doble Filtro	28-8-24										
Tapabocas	28-8-24										
Tyvek	28-08-24	25-11-24									
Otros: Guante nitrilo	28-8-24	04-10-24									
Otros: Reflector											

FIBRO TANK	FIBROTANK			
	Código: SIG-SST-FO-12	Versión: 06	Página: 1 de 1	Vigente desde: 25-09-2023
	SIG - ENTREGA DE EPP			

DATOS PERSONALES

Nombre:	GUILLERMO ALBERTO GALARZA	TALLAS:	Respirador	L
Cedula:	79.965.284		Guantes:	L
Proceso:	GESTION OPERATIVA		Tyvek	XXL

El trabajador aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente los EPP en el presente documento y que:

1. El trabajador deberá mantener en perfecto estado de conservación, utilizar y cuidar correctamente los equipos de protección personal facilitados por el empleador.
2. Cuando los EPP se encuentren deteriorados fruto del transcurso del periodo de vida útil previsto, el trabajador deberá solicitar su cambio.
3. El NO uso de los EPP durante el desarrollo de las actividades propias del cargo, llevara a tomar medidas disciplinarias de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo vigente.

Descripción del EPP Entregado	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma	Fecha/ Firma
Cartuchos para respirador	25-09-2023	11-04-24	30/04/24								
Guantes de caucho		09-05-24	10-04-24	30/04/24	07-09-24	18-4-24					
Guantes de Látex											
Guantes tipo ingeniero	24-10-23	9-01-24	29-01-24 segunda	11-04-24	23-07-24	09-09-24					
Mono gafas	9-01-24										
Pre filtros para respirador	25-09-2023	6-12-23 segunda entrega	9-01-24	11-04-24							
Protector auditivo de copa	09-01-24 segunda										
Protector auditivo de inserción											
Respirador doble Filtro											
Tapabocas											
Tyvek	25-09-2023	25-10-2023	27-11-23	05-02-2024	11-09-24	30/04/24	23-07-24	09-09-24			
Otros: Gafas 1	16-11-2023	9-01-24	15-11-24								
Otros: Conos	11-09-24 segunda entrega	11-11-24									

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

EVALUACIONES OCUPACIONALES DE EBISU SAS

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-11-28

Nombres y apellidos: JONATHAN AQUITE GOMEZ
Fecha de nacimiento: 06/09/1989
Empresa: EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS
Empresa usuaria:
Cargo: TECNICO ELECTRICO

CC: 1023893213
Edad: 35 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-11-28 / 08:23:22
Fecha salida: 2024-11-28 / 02:13:42



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ESPIROMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VALORACION NEUROPSICOLOGICA PARA ALTURAS
- VISIOMETRIA
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR::	CONTROL DISLIPIDEMIA EPS
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:	CONTROL ANUAL NUTRICION
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	USO DE CORRECCION VISUAL CONTROL ANUAL OPTOMETRIA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

CRISTHIAN YUSSAN ORTEGA QUINTERO
RM: 1013624779
Firma y sello del médico

JONATHAN AQUITE GOMEZ
CC: 1023893213
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-11-28

Nombres y apellidos: JONATHAN AQUITE GOMEZ
Fecha de nacimiento: 06/09/1989
Empresa: EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS
Empresa usuaria:
Cargo: TECNICO ELECTRICO

CC: 1023893213
Edad: 35 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-11-28 / 08:23:22
Fecha salida: 2024-11-28 / 02:13:42



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL DISLIPIDEMIA EPS
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: CONTROL ANUAL NUTRICION
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE CORRECCION VISUAL CONTROL ANUAL OPTOMETRIA



CRISTHIAN YUSSAN ORTEGA QUINTERO
RM: 1013624779
Firma y sello del médico



JONATHAN AQUITE GOMEZ
CC: 1023893213
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-11-28

Nombres y apellidos: JONATHAN AQUITE GOMEZ
Fecha de nacimiento: 06/09/1989
Empresa: EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS
Empresa usuaria:
Cargo: TECNICO ELECTRICO

CC: 1023893213
Edad: 35 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-11-28 / 02:14:06
Fecha salida: 2024-11-28 / 02:14:06



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ESPIROMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VALORACION NEUROPSICOLOGICA PARA ALTURAS
- VISIOMETRIA
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

CRISTHIAN YUSSAN ORTEGA QUINTERO
RM: 1013624779
Firma y sello del médico

JONATHAN AQUITE GOMEZ
CC: 1023893213
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SUR 1 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-11-28

Nombres y apellidos: WILLIAN ALEXANDER YAGUE RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento: 03/11/1987
Empresa: EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE ELECTRICO

CC: 1022937991
Edad: 37 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-11-28 / 08:12:36
Fecha salida: 2024-11-28 / 12:25:47



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ESPIROMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VALORACION NEUROPSICOLOGICA PARA ALTURAS
- VISIOMETRIA
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

WILLIAN ALEXANDER YAGUE RODRIGUEZ
CC: 1022937991
Firma del paciente

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA SUR 1
DIRECCIÓN: Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 2039694
EMAIL: citas.sur@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-11-28

Nombres y apellidos: WILLIAN ALEXANDER YAGUE RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento: 03/11/1987
Empresa: EBISU S.A.S. EMPRESA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE ELECTRICO

CC: 1022937991
Edad: 37 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-11-28 / 12:26:25
Fecha salida: 2024-11-28 / 12:26:25



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ESPIROMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VALORACION NEUROPSICOLOGICA PARA ALTURAS
- VISIOMETRIA
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

WILLIAN ALEXANDER YAGUE RODRIGUEZ
CC: 1022937991
Firma del paciente

EBISU
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS
NIT 807.008.957-7

EVALUACIONES OCUPACIONALES DE SUB CONTRATISTA