EBISU	PREOPERACIONAL PULIDORA	Código: [illegible] Versión: 01 Fecha: [illegible]

Proyecto: BoHa **Ubicación:** Torre D **Equipo No:** #3

SEMANA DEL 13 **AL** 18 **DE** Enero **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:** [illegible]					
Estado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado rosca grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones eléctricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Alexandr- Lopez	13563241	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ZaMOra	1.233.691.050	

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: Colegio Borta | **Ubicación:** Torre A y B | **Equipo No.** #6

SEMANA DEL 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

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:					
Cordón de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cono grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones eléctricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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 ALEXANDRO YAGUE	1.077 937991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Daniel M		

SEMANA DEL: 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

*** 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 Bato

Ubicación: Torre A y B

Equipo No. # 5

SEMANA DEL 20 AL 25 **DE** 01 **DE** 2026

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 discos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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 Aquite G	1023893 213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Lora M		

ANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2026

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

uera de servicio: si ☐ no ☑

Fecha de Corrección: ______________________

ombre 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	[illegible]

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

SEMANA DEL 20 AL 25 DE 01 DE 2026

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:					
ado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado coca 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	1216971666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Juarez M		

ANA DEL: 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2026

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

ra de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

mbre 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

[illegible]
[illegible]
[illegible]

Proyecto: Colegio [illegible] **Ubicación:** Torre A y B **Equipo No.** # 9

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 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:					
[illegible] 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
Teran Olaya	87 946 129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angel Lanes M		

ANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

UNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

e de servicio: si ☐ no ☒ **Fecha de Corrección:**

bre 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

[illegible]

Equipo No. #3

Proyecto: Colegio Bato **Ubicación:** Torre A y B

SEMANA DEL 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2026

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 fuerza 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 Lopez	13563241	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angel Ramir M		

SEMANA DEL: 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2026

*** 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 Bosa **Ubicación** Colegio Bosa - Torre 1 y 5 **Equipo No.** #2

SEMANA DEL 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

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:**					
Tipo de disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado cable grafo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones eléctricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango o manija de sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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. Rincones R.	1127324977	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angel Juarez M		

ANA DEL 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

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

uera de servicio: si ☐ **no** ☑ **Fecha de Corrección:** ____________________

ombre 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	[illegible] [illegible] [illegible]

Proyecto: Colegio Bato **Ubicación:** Torre A y B **Equipo No.** #3

SEMANA DEL 20 **AL** 25 **DE** 01 **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:					
[illegible] 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 Aiezer Osorio	CEDULA 1063164097	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST Angie Lana M	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST

…ANA DEL: 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

…PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

…uera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

…ombre 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	[illegible] [illegible] [illegible]

Proyecto: Colegio Porto **Ubicación:** Torre A y B **Equipo No.** 11 8

SEMANA DEL: 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

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:					
[illegible] de claves	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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
Alimar Yonganta	87572106	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angie Torres M		

SEMANA DEL: 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

*** 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	[illegible] [illegible] [illegible]

Proyecto: Colegio Bosto **Ubicación:** TORR A13 **Equipo No:**

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

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 sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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	Jose		Jose		Jose		Jose		Jose		Jose			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Jose Bernardo Herrera C.	1001297434	Jose Herrera C
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angel [illegible]		

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

*** 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

[illegible]
[illegible]

Equipo No.

Proyecto: Colegio Bosto
Ubicación: Torre A y 3

SEMANA DEL 20 AL 25 DE 01 DE 2025

MARCA:
MODELO:

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														
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	Jose		Jose		Jose		Jose		Jose		Jose			

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	**CEDULA**	**FIRMA DEL TRABAJADOR**
Jose Bernardo Herrera C.	1001297434	Jose Herrera
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
Angel Jimenez		

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 **DE** 2025

*** 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 Bosa	Ubicación: Torre A y B
Equipo No: #9	

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

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
EDILBERTO AMADO TOCA	80 362 367	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Daniela M		

DIANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

*** 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**	[illegible] [illegible] [illegible]

Proyecto: Colegio Boiki **Ubicación:** Torre AyB **Equipo No.** # 1

SEMANA DEL 20 AL 25 DE 01 DE 2025

ITEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M
lidora No	MODELO:								MARCA:					
ado 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 Diuno Mendoza	CEDULA 1097775	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST Angie Lamu M	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST

MANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2025

*** 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

[illegible]
[illegible]
[illegible]

Proyecto: Colegio Berta **Ubicación:** Torre A 10 **Equipo No.** # 11

SEMANA DEL 22 **AL** 25 **DE** 09 **DE** 2025

ÍTEM	LUN. S	LUN. M	MAR. S	MAR. M	MIER. S	MIER. M	JUEV. S	JUEV. M	VIER. S	VIER. M	SAB. S	SAB. M	DOM. S	DOM. M
Pulidora No	MODELO:								MARCA:					
Estado de carcasa					✓									
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					JAYREYEZ									

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
JAY X REYES LOPEZ	1003656243	JAYREYES
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Lamera		

SEMANA DEL: 22 **AL** 25 **DE** 09 **DE** 2025

*** 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:

Ubicación: Torr A y 3

Equipo No. #7

SEMANA DEL 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

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:					
ado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones eléctricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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. Bravo	1003045086	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
Angie Lomer M		

ANA DEL: 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

uera de servicio: si ☐ **no** ☒

Fecha de Corrección:

ombre 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

[illegible]
[illegible]
[illegible]

Equipo No: #6

Proyecto: Colegio Boito **Ubicación:** Torre A y B

SEMANA DEL 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

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:					
[illegible] de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones eléctricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango o manija de sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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 Antolinez	1129 593	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
[illegible] Xavier		

SEMANA DEL 20 **AL** 25 **DE** 01 **DE** 2025

*** 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	[illegible]

Proyecto: Colegio Bonito **Ubicación:** Torre A y B **Equipo No:** #6

SEMANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2026

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:					
[illegible] de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado [illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango o 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 Frank Alejandro Arevalo	CEDULA 1001045759	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST Angie Ramos M	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST

IANA DEL: 20 AL 25 DE 01 DE 2026

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

uera de servicio: si ☐ no ☒ **Fecha de Corrección:**

ombre 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 30 **AL** 01 **DE** Febrero **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					
[illegible] de llaves							✓		✓		✓			
Interruptor del encendido							✓		✓		✓			
Estado copa grata							✓		✓		✓			
Estado disco de corte							✓		✓		✓			
Conexiones eléctricas en buen estado							✓		✓		✓			
Mango o manija de sujeción							✓		✓		✓			
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 Olaya	87 946 129	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON Zamora	1.233.691.250	

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

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

uera de servicio: sí ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** ______________________

ombre 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	[illegible] [illegible] [illegible]

Proyecto: Borla	**Ubicación:** Torre A	**Equipo No:** #3

SEMANA DEL 28 **AL** 01 **DE** Ene **DE** 202[illegible]

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					
Estado de disco			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptor del encendido			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata			✓		✓		✓		✓		✓			
Estado disco de corte			✓		✓		✓		✓		✓			
Conexiones electricas en buen estado			✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeción			✓		✓		✓		✓		✓			
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 Rafael G. Rincon R-	CEDULA 1127399977	FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST JHON ZAMORA	CEDULA 1-233.691.256	FIRMA DEL INSPECTOR SST

ANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

UNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

ra de servicio: si ☐ no ☐ **Fecha de Corrección:** ____________________

mbre 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

[illegible]
[illegible]
[illegible]

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

SEMANA DEL 27 **AL** 01 **DE** Feb **DE** 2026

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:					
[illegible]do 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	Enderson		Enderson		Enderson		Enderson		Enderson		Enderson		Enderson	

NOMBRE COMPLETO **TRABAJADOR**	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Enderson de la HOZ	1102896774	Enderson
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ZAMORA	1.233.691.260	

ANA DEL ___ **AL** ___ **DE** **DE 2024**

UNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

era de servicio: si ☐ **no** ☐

Fecha de Corrección: ______________________

mbre 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: [illegible]
Fecha: [illegible]

Proyecto: Baita **Ubicación:** Torre A **Equipo No.** #1

SEMANA DEL: 27 AL 01 DE Feb 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: 6720 B5								MARCA: Black Decker					
[illegible] de clavos	✓													
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
FASTO SANCHEZ	5122996	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ECMOIA	1.233.691.290	

MANA DEL: ___ AL___ DE DE 2024

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

era de servicio: si ☐ no ☐ **Fecha de Corrección:** __________

mbre 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

[illegible]
[illegible]
[illegible]

Equipo No. #1

Proyecto: Boita

Ubicación: Torre A

SEMANA DEL 27 **AL** 01 **DE** Feb **DE** 202[illegible]

	LUN.		**MAR.**		**MIER.**		**JUEV.**		**VIER.**		**SAB.**		**DOM.**	
ITEM	**S**	**M**	**S**	**M**	**S**	**M**	**S**	**M**	**S**	**M**	**S**	**M**	**S**	**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 sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
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	1001284191	Santiago Torres
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZAMORA	1-233.691.230	

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

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

era de servicio: si ☐ **no** ☐

Fecha de Corrección: ____________________

mbre 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

[illegible]
[illegible]
[illegible]

Proyecto: Borja
Ubicación: Torre A
Equipo No. #1

SEMANA DEL 27 **AL** 01 **DE** Feb **DE** 2025

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Pin 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 Ayala Ferrer	1001045859	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ZAMORA	1-233.691.250	

ANA DEL: ___ AL ___ DE   DE 2024

NTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

de servicio: si ☐ no ☐   **Fecha de Corrección:** ____________________

re 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**	[illegible] [illegible] [illegible]

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

SEMANA DEL 27 **Al** 01 **DE** feb **DE** 2025

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	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
terruptor del encendido	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado copa grata	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
stado disco de corte	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
onexiones electricas en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Mango y manija de sujeccion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
uarda de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
tado de la tuerca del apriete del disco	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
tado general del equipo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
del extintor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
RMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A ARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA														

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
Dinis Mendoza	1097775	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON Zamora	1.233.691.250	
MA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024		

TO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

de servicio: si ☐ **no** ☐ **Fecha de Corrección:** ________________

e 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

[illegible]
[illegible]
[illegible]

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

SEMANA DEL: 27 AL 01 DE FEB DE 2025

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**
Benjamin Antolinez	7129 593	

NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON ECHAVARRIA	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: Borta
Ubicación: Torre A
Equipo No. #4
SEMANA DEL 27 **AL** 01 **DE** Feb **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 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
[illegible] YAGX	1077907991	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON EUMOIA	1.233.691.750	

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

PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

era de servicio: si ☐ no ☐ **Fecha de Corrección:** ____________________

ombre 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**	[illegible] [illegible] [illegible]

Proyecto: Botta **Ubicación:** Torre A **Equipo No.** #4

SEMANA DEL 27 **AL** 01 **DE** Feb **DE** 2025

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					
ado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
uptor 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 Aguirre G.	1027893213	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON ZAMORA	1.233.691.750	

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	[illegible] [illegible] [illegible]

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

SEMANA DEL 27 **AL** 01 **DE** Feb **DE** 2025

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 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
Alejandro Lopez	13565241	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON EUNDICA	1.733.691.050	

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: Boua

Ubicación: Torre A

Equipo No. #3

SEMANA DEL 27 AL 01 DE Feb DE 2025

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:					
ado de cables	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
rruptor 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
Andres Felipe R	1216976666	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	**CEDULA**	**FIRMA DEL INSPECTOR SST**
JHON Zamora	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	[illegible] [illegible] [illegible]

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

SEMANA DEL 27 **AL** 01 **DE** Feb **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					
ado de clavija	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ruptor de 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
Chester Osorio	1063764092	
NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST	CEDULA	FIRMA DEL INSPECTOR SST
JHON Zamora	1.233.691.750	

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	PERMISO DE TRABAJO PARA AISLAMIENTO ELÉCTRICO	FST PM 03
		01
		15/01/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones electricas

Lugar: Colegio Motta

Duración estimada: 30/12/24 / 04/01/25

Número de personas en el trabajo: 6 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	N° CEDULA	AIS		EPS		CONSTANCIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
		SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
[illegible] Olaya	52846120	✓		✓		✓			
[illegible] R	9316.2366	✓		✓		✓			
WILLIAN YABUR	1022453774	✓		✓		✓			
Jonathan [illegible]	1023893213	✓		✓		✓			
Rafaella Ramona R	1122344477	✓		✓		✓			
[illegible]	1063784492	✓				✓			

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

V: verificacion

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

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

Observaciones Especiales

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
30-12-24	9:00am	04-01-24	11:10/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	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 ejecucion
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)**

Este documento impreso se considera copia no controlada

EQUIPOS A UTILIZAR

- Alicates
- Pulidora
- Careta
- Taladro

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

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

REVISIÓN 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

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones electricas

Lugar: Colegio Bolivar

Duración estimada: 30 al 04/12/24-25

Numero de personas en el trabajo: 6 personas.

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTACIA CAPACITACION SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
2	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
3	[illegible]	1022209151	✓		✓		✓			
4	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
5	Rafaela Lucas L	[illegible]	✓		✓		✓			
6	[illegible]	[illegible]			✓					
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 ultimas 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?			

	SI	NO
Pruebas Requeridas:		
Prueba de Gases		✓

uetado
n?

en busca de material combustibles
antarillas/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
30-12-24	7:00 am	04/01/24	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 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

-Taladro -Tronzadora
-pulidora -Alicates.

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

EBISU

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

Código: FT PM 01
Versión 01
Fecha: 10/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: corte de tubería para instalaciones hidráulicas
Lugar: Colegio Bello [illegible] # 18
Duración estimada: [illegible]/10/23
Número de personas en el trabajo: 1 persona
Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CERTIFICADO CAPACITACIÓN SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Santiago Torres	1000120741	✓				✓			
2										
3										
4										
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 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
Cual? ____________
sar
rea 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
10-01-25	9:00am	11-01-25	12:00pm

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/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

- Pulidora
- Tronzadora

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 TRABAJO PARA AISLAMIENTO ELÉCTRICO	EST PM 01 01 15/01/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones eléctricas

Lugar: Colegio Bosita

Duración estimada: 06 al 11/01/25 Número de personas en el trabajo: 6 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	ARL		EPS		CONSTANCIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
		SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
Andres Felipe R.	1216977468	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	1023391477	✓		✓		✓			
[illegible] MACHADO	[illegible]	✓							

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

V: verificación

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
El area de trabajo necesita y/o se ha verificado	✓		
El tipo de instalación es:	✓		
Interna		✓	
Industrial		✓	
Alta tension	✓		
Baja tension		✓	
A prueba de explosion		✓	
Demarcación provisional		✓	
Sistema de bloqueo y señalización		✓	
La instalacion esta desenergizada	✓		
Se tiene adecuada conexión a tierra	✓		
Area acordonada		✓	
Equipo contra incendio adecuado	✓		
Se requiere presencia permanente de un supervisor de electricidad			

Otras precauciones. Cuales? ____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN 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
06-01-25	7:00a	11-01-25	12:00pm

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 entendo 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)**

Este documento impreso se considera copia no controlada

EQUIPOS A UTILIZAR

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

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

REVISIÓN 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

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

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Colegio Boita corte de tubería para eléctricos

Lugar: Torre A y B

Duración estimada: 06 al 11/01/23

Numero de personas en el trabajo: 6 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CEDULA	EPS		ARL		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
2	[illegible]	47359917	✓		✓		✓			
3	[illegible] Clara	51 946 129	✓		✓		✓			
4	[illegible]	7063764092	✓		✓		✓			
5	[illegible]	1.022 973991	✓		✓		✓			
6	[illegible]	80362367	✓		✓		✓			
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		✗

Este documento impreso se considera copia no controlada

quetado
?

busca de material combustibles
tanillas/fosos cercanos libres de
rocarburos
cantarillas/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
06-01-23	7:00am	11-01-23	12:00pm

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

- Pulidora
- Tronzadora

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de acero y madera

Lugar: Colegio Boilu - Torre A y B

Numero de personas en el trabajo: 3 personas

Duración estimada: 08 al 11/01/23

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTANCIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Christian [illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
2	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
3	José J Barrio	[illegible]	✓		✓					
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?		X		X		X															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas?		X		X		X															
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		X		X		X															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su		X		X		X															
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		X	
Gafas / casco para soldar		X	
Filtro contra gases		X	
Filtro contra polvos/humos de soldadura	✓		
Peto		X	
Protección auditiva	✓		
Cinturón de seguridad		X	
Traje especial de protección			
Botas de seguridad	✓		
Otros EPP. Cuales?			

	SI	NO
Pruebas Requeridas:		
Prueba de Gases		X

de material combustibles ☐ ☐ ☐
fosos cercanos libres de
uros ☐ ☐ ☐
illas/fosos cercanos protegidos ☐ ☐ ☐
a chispa ☐ ☐ ☐
ponible mamparas/pantallas protectoras ☐ ☐ ☐
Hay exposímetro, 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
10-01-23	7:00am	11-01-23	17:00pm

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 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

- Pulidora
- Taladro.
- Tronzadora

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

____

____

EBISU

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remates en obra
Lugar: Colegio Bonita Torre 1 y 8
Duración estimada: 06 al 11/01/23
Número de personas en el trabajo: 1 persona
Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CEDULA	EPS		ARL		CONSTANCIA [illegible]			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Darío Madrigal	109772								
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 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 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		☒

do ______

ca de material combustibles
llas/fosos cercanos libres de
arburos
ntarillas/fosos cercanos protegidos
ontra 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
06-01-23	7:00am	11-01-23	1:00pm

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

- pulidora
- valde

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 Componteria
Lugar: proyecto Boila Torre A y B
Duración estimada: 13al18ENERO·2023
Número de personas en el trabajo: 1
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	Dino Mendoza	1097775	✓		✓		✓			
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 ultimas 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

El área de trabajo necesita y/o se ha verificado:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
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		✓

rrado 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 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 objeción en cuanto al tipo de trabajo	Yo he leído y entendido 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)**

** 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 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: FST.PM-01 Version 01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalación electrica

Lugar: proyecto Bosa Torre A y B cubierta

Duración estimada: 13 al 18 Enero 2023 — Numero de personas en el trabajo: 6

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTANCIA CAPACITACION SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
2	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
3	Darian Olaya	52746127	✓		✓		✓			
4	William Yepez	1.022939[illegible]	✓		✓		✓			
5	[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		conlc	
6	[illegible]	1023764052	✓		✓		✓			
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 medico ocupacional con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓		✓		✓										
¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 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 terminos generales. ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?	✓		✓		✓		✓		✓		✓										

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V: verificación

El area de trabajo necesita y/o se ha verificado:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
Demarcacion provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vias	✓		
Iluminacion 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		✓

rrado 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 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

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 consciente 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

* pulidora
* 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? ______	☐	☐

7

Observaciones

______

______

______

Este documento impreso se considera copia no controlada

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 tubería PCI

Lugar: proyecto Boita Torre A piso 4

Duración estimada: 18 al 18 Enero 2023

Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTANCIA CAPACITACION SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	[illegible]	1010228941	✓		✓		✓			
2	[illegible]	[illegible]29393	✓		✓		✓			
3										
4										
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 ultimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Ha tenido algun 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	✓		
Iluminacion 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		✓	

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
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		✓

rrado 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? ______

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 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)**

** 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
- ✗ Tronzadora

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: FST PM-01 Version 01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de acero y madera

Lugar: Proyecto Porto Torre A Pampas

Duración estimada: 13 al 18 Enero - 2023 Numero de personas en el trabajo: 2

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTACIA CAPACITACION SI	CONSTACIA CAPACITACION NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Alexander	13865-87	✓		✓		✓			
2	José D. [illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
3										
4										
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 ultimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas?		✓		✓																	
¿Ha tenido algun accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓																	
¿Se siente con alguna afeccion que sienta pueda afectar su		✓		✓																	
En terminos generales. ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?	✓		✓																		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V. verificacion

El area de trabajo necesita y/o se ha verificado:	Necesidad SI	Necesidad No	V.
	✓		
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 presion		✓	
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		

ado y etiquetado
ros. 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? ______

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 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.		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 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

- sierra
- pulidora

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 Version:01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de madera y acero

Lugar: Colegio Boita - Torre A y B

Duración estimada: 20 al 23/01/25

Número de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		CONSTANCIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Alexander	13563281	✓		✓		✓			
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		☒

quetado
an?

en busca de material combustibles
cantarillas/fosos cercanos libres de
idrocarburos
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
20-01-23	7:00am	25-01-23	17:00pm

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

- Pulidora
Tronzadora

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
Version: 01
Fecha: 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remates y corte de muros y acero.
Lugar: Colegio Borde [illegible] N 1 B
Duración estimada: 20 al 23/01/25
Número de personas en el trabajo: 5 personas.
Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CEDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTANCIA CAPACITACION SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Heiner [illegible]	875 79106	✓		✓		✓			
2	José [illegible]		✓		✓		✓			
3	Frank Arnas	1001045259	✓		✓		✓			José Herrera
4	José Herrera	1002997434	✓		✓		✓			
5	Pedro Mendoza	1097 7725	✓		✓		✓			
6	[illegible]	1007656247	✓							
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 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		✓

stado

busca de material combustibles
antillas/fosos cercanos libres de
ocarburos
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
20-01-25	7:00am	25-01-25	12:00pm

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

- Pulidora
- Tronzadora
- protección facial

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 *
rden y aseo	☑	☐
anejo de residuos	☑	☐
evantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☑	☐
tras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

servaciones

EBISU	PERMISO DE TRABAJO PARA AISLAMIENTO ELÉCTRICO	EST-PM-03 01 15/03/2022

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones eléctricas

Lugar: Colegio [illegible] Torre [illegible]

Duración estimada: 20-01 25/01/25 Número de personas en el trabajo: 7 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	ARL		EPS		CONSTANCIA CAPACITACIÓN			FIRMA TRABAJADOR
		SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
Jonathan [illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
William [illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓			
[illegible]	[illegible]			✓					

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

V: verificación

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
El area de trabajo necesita y/o se ha verificado	✓		
El tipo de instalación es:			
Interna	✓		
Industrial		✓	
Alta tension		✓	
Baja tension	✓		
A prueba de explosion		✓	
Demarcación provisional		✓	
Sistema de bloqueo y señalización		✓	
La instalacion esta desernegizada	✓		
Se tiene adecuada conexión a tierra	✓		
Area 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 RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
20/01/2025	7:00am	25-01-25	12:00pm

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)**

Este documento impreso se considera copia no controlada

EQUIPOS A UTILIZAR

Taladro
y Alicates

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

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

EBISU

PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones eléctricas
Lugar: Colegio Baita - Torre 4 y 6
Duración estimada: 20 al 25/01/25
Numero de personas en el trabajo: 7 personas
Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CEDULA	EPS		ARL		[illegible]			FIRMA TRABAJADOR
			SI	No	SI	No	SI	NO	VIGENCIA	
1	Rafael Naranjo R.	1122599077	✓		✓		✓			
2	Andres Felipe	1116792666	✓		✓		✓			
3	Felipe Duran	[illegible]	✓		✓		✓			
4	Andres Alarcon	1077873213	✓		✓		✓			
5	WILLIAM YAGE	1.022937991	✓		✓		✓			
6	[illegible]	37996129	✓		✓		✓			
7	EDILBERNARDO	80560362	✓		✓					
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 ultimas 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
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado

	Necesidad SI	Necesidad No	V.
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		✓

quetado
al?

en busca de material combustibles
cantarillas/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 RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
20-01-23	7:00am	20-01-23	17:00pm

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

- Alicates
- Taladro

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de tubería para instalaciones hidráulicas.

Lugar: Colegio Berta - Torre A y B

Duración estimada: 20 al 15/01/23

Numero de personas en el trabajo: 2 personas

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTANCIA CAPACITACIÓN SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Benjamin Nieto	1129593	✓		✓		✓			Benjamin Nieto
2	Santiago Torres	[illegible]	✓		✓		✓			Santiago Torres
3										
4										
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 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

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?
isar
rea 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 RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
20-04-23	7:00	25-04-23	17:00h

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

- Tronzadora
- Pulidora.

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: corte concreto con pulidora

Lugar: proyecto Boita Torre A

Duración estimada: 27 Ene al 01 feb 2023

Numero de personas en al trabajo: 4

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CEDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTANCIA CAPACITACIÓN SI	CONSTANCIA CAPACITACIÓN NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	[illegible]	1063786408	✓		✓		✓		N/A	
2	[illegible]	1216972166	✓		✓		✓		N/A	
3	Jonathan [illegible]	1023873113	✓		✓		✓		N/A	
4	[illegible]	1022957971	✓		✓		✓		N/A	
5	[illegible]	1123419877	✓		✓		✓		N/A	
6	[illegible]	81946129	✓		✓					
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		✓

Este documento impreso se considera copia no controlada

y etiquetado		✓	
Cual? ________		✓	
visar		✓	
rea 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

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

* 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

____
____
____

Este documento impreso se considera copia no controlada

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 Madera

Lugar: proyecto Borla Torre A

Duración estimada: 27 ene. al 07 feb. 2023 Numero de personas en el trabajo: 4

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTACIA CAPACITACION SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Alexander ,	13565291	✓		✓		✓			
2	Frank Abuelo	[illegible]	✓		✓		✓			
3	Luis D Gomez	[illegible]	✓		✓		✓			
4	Enderson de la Hoz	110289679	✓		✓		✓			Enderson
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 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 segundad	✓		✓
Otros EPP. Cuales? ____	✓		✓

Pruebas Requeridas:	SI	NO
Prueba de Gases	X	X

o y etiquetado ✓

s. Cual? ________ ✓

evisar

Área 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 siguentes 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

*Olello
*extencion

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? ________	☐	☐
________	☐	☐

bservaciones

____

____

____

Este documento impreso se considera copia no controlada

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

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de tobera RCI

Lugar: Proyecto Boila Torre A

Duración estimada: 27 ene 01 Feb 2023

Número de personas en el trabajo: 2

Altura aproximada: N/A

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTANCIA CAPACITACION SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	[illegible]	7729593	✓		✓		✓			
2	Santiago Torres	1032128991	✓		✓		✓			Santiago Torres
3										
4										
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 ultimas 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 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		☒

Este documento impreso se considera copia no controlada

y etiquetado ☑

Cual? ______ ☑

visar ☑

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 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/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)**

** 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

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

______

______

______

Este documento impreso se considera copia no controlada

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remolea de obra - porch, corte ladrillo

Lugar: proyecto ápila Torre B

Duración estimada: 27 al 01 feb 2023

Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: N/A

INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (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]	✓		✓		✓		N/A	
2	[illegible]									
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 Sí	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		☒

etiquetado		✓	
ual? ____________		✓	
ar		✓	
ea 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

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna obeción 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)**

** 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
* extencion

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	PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FST.IN-11
	INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
	SG SST	FECHA: 15/12/2021

Semana del: 06-01-25 **al** 11-01-25

Modelo: N/A

Marca: SIEMENS

Centro de trabajo: Colegio Boito

DESCRIPCION	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
FECHA	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estructura metalica pluma			✓		✓		✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma			✓		✓		✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas			✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptores electricos			✓		✓		✓		✓		✓			
Botón de encendido y apagado			✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] metalico			✓		✓		✓		✓		✓			
Palanca de freno			✓		✓		✓		✓		✓			
Tambor o Winche			✓		✓		✓		✓		✓			
Guaya			✓		✓		✓		✓		✓			
Gancho con seguro			✓		✓		✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado.			✓		✓		✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde.			✓		✓		✓		✓		✓			
Orden y aseo.			✓		✓		✓		✓		✓			
Aislamiento zona interior de trabajo.			✓		✓		✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material.			✓		✓		✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, , Botas.			✓		✓		✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas.			✓		✓		✓		✓		✓			
Firmo permiso de alturas?			✓		✓		✓		✓		✓			
SE PUEDE USAR	SI	NO	[✓ SI]	NO	[✓ SI]	NO	[✓ SI]	NO	[✓ SI]	NO	[✓ SI]	NO	SI	NO
FIRMA VERIFICACION OPERARIO			Jose		Jose		Jose		Jose		Jose			
FIRMA VERIFICACION INSPECTOR														

OBSERVACIONES

Lunes:

Martes:

Miercoles:

Jueves:

iernes:

abado:

omingo:

esponsable Accion Corretiva

Fecha de Ejecucion

Firma

argo

cha Ultimo Mantenimiento Correctivo

cha Ultimo Mantenimiento Preventivo

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: 06-11-25 | Valido desde: 06-01-25 | Hasta: 11-01-25

Sector/ Área de trabajo: Colegio Borda

Responsable del área: isidro peloteo

Equipo especifico objeto del trabajo: Pluma grua

Descripción del trabajo a ejecutar: (Defina estrategias para realizar las labores) Izaje de cargas

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, cuerdes, 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	✓		
18	Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA			

Se requiere de los siguiente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco ☑
Careta ☑
Guantes ☑
Mangas ☑

Gafas ☑
Protección respiratoria ☑
pechera ☐
Botas seguridad ☑

Tapones auditivos ☑
arnés de seguridad ☑
equipo aire asistido ☐
Otro ☐

escaleras ☐
Andamios ☐
linea de vida ☑

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Nombre	Firma	Nombre	Firma
Jose HERRERA	Jose HERRERA		

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			
SPV respons. Del trabajo			
SPV Residente SST	Angie Parra MP	Insp SST	

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha: .... Hora: .... Responsable del área ....

Resp trabajo | Firma | Firma

EBISU	ATS PLUMA GRUA	Codigo: FST.ATS.02 Versión 01 Fecha: 15/03/2022

OBRA:	Colegio Bojla	FECHA DE INSPECCIÓN	06 al 11 /01/25
ACTIVIDAD:	Izaje Pluma grua		
UBICACIÓN:	Torre A y B		

ITEM	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REVISIÓN			OBSERVACIONES
			X	N/A	
	PUNTO DE ANCLAJE				
1	Los puntos de anclaje deben soportar una resistencia de 5000 libras	C			
2	Revisar el anclaje en cuatro puntos del tripode de la pluma y estado de soldadura	C			
3	Asegurar la solidez y la firmeza del suelo o placa donde se se fije el tripode	C			
4	la pluma de anclarse a la losa (placa) con pases y/o anclajes en forma U con platina y asegurado con tornillos atravesando la losa completamente	C			
5	El cuerpo de la pluma debe estar sujeto por una guaya anclada a la placa	C			
	ELECTRICO Y MECANICO				
6	Verificar antes de iniciar la operación que las instalaciones electricas esten funcionando bien, lo mismo el motor	C			
7	Las correas se encuentran en buenas condiciones	C			
8	Las poleas se encuentran en buenas condiciones	C			
9	El breaker o taco se encuentra en buenas condiciones	C			
10	El sistema de freno se encuentra en buenas de condiciones	C			
11	Las guardas de los sistemas de transmisión deben estar en su sitio, nunca se deben retirar mientras este en operación el equipo	C			
12	El equipo tiene carcasa	C			
	GUAYA Y GANCHOS				
13	Los ganchos estan en buenas condiciones (el gancho no permite pandeo de la carga y solo se abre cuando se va a ingresar o sacar la carga)	C			
14	El gancho utilizado para izar la carga debe garantizar su resistencia y el cierre total, no se permite ganchos tipo cola de marrano	C			
15	Las grilletas o perros estan en buenas condiciones	C			
16	La guaya de operación debe tener diametro no inferior a 1/4"	C			
17	Verifique la longitud del cable (corresponde a la altura del izaje) y cuando esté en el nivel mas bajo quede como minimo cuatro vueltas del cable en el tambor	C			
18	Esta lubricado el cable de carga	C			
19	Verificar que la guaya no tenga cuerdas dobladas, con quiebres, partes desilachadas o cualquier otro desperfecto que impida su uso o comprometa su resistencia, en caso de encontrarlas se debe cambiar inmediatamente	C			
20	Si se utiliza un andamio de carga se debe contravnetiar con guaya de un 1/4" como minimo	C			
	CARGA Y DESCARGA				
21	En el area de cargue y descargue se mantiene el area señalizada	C			
22	La canasta cuenta con su base de soporte, partes laterales completas y en buen estado	C			
23	El balde se encuentra en buenas condiciones (Soldaduras y broches)	C			
24	El balde debe terner seguro para evitar que pendule durante el izaje	C			

INSPECCIÓN PARA GRUA PLUMA Y ACCESORIOS

CODIGO:	VERSIÓN:	FECHA DE ELABORACION:	PÁGINA:

25	El operador cuenta con la visibilidad del área de trabajo para realizar la operación	C			
26	Realiza un levantamiento de prueba con la carga para la cual esta especificada la pluma	C			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

27	El trabajador cuenta con equipo de protección contra caídas certificado	C			
28	El trabajador cuenta con casco y barbuquejo	C			
29	Guantes de vaqueta	C			
30	Botas puntera	C			
31	Protectos visual con UV	C			

SEGUIMIENTO A EQUIPOS

27	El equipo cuenta con hoja de vida	C			
28	Indique la fecha de mantenimiento preventivo del equipo	C			

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jose Herrera	1001297434	plomero	Jose Herrera

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

Como profesional, responsable y persona ética en temas de SST, he verificado la lista anterior y certifico que es seguro realizar el trabajo. Manifiesto no haber pasado por alto ninguna condición de seguridad que atente contra la salud e integridad física de los trabajadores que realizan izajes de cargas con pluma grúa

NOMBRE COMPLETO:

CÉDULA: 1030700240

FIRMA:

RECOMENDACIONES:

1. Verificar el peso de la carga y la resistencia de la pluma grúa
2. Solo el mecánico podra realizar las reparaciones a la pluma grúa y siempre se debe realizar con el motor apagado
3. Realice despacio la maniobrabilidad de izada y bajada de la carga para evitar arrancadas y paradas bruscas
4. Evitar el balanceo de la carga
5. El gancho no puede estar soldado
6. El auxiliar de la operación debe retirarse y quedar fuera del radio de acción de la carga cuando se este izando o bajando

NOTA: ***Recuerde que si alguna condición no se cumple se debe tomar la medida correctiva inmediata y realizar un nuevo ATS de soporte a esta para la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas***

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

ealizar: Izaje de cargas.
Colegio Bolívar
estimada: 06 al 11/01/25 Numero de personas en el trabajo 1 persona
proximada: 16 mts aprox

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

OMBRES Y APELLIDOS	ARI	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
	SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
ose HERRERA	✓	✓	✓			Jose HERRERA

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
e ha practicado un nen médico pacional para ajo en altura con ncia menor a 1 año?																			
s consumido dicamentos en las nas 8 horas?																			
a consumido bebidas onagantes en las nas 8 horas?																			
specciono los equipos protección contra das antes de usarlos?																			
onoce el cedimiento para el arrollo de la actividad?																			
s tenido algún idente desarrollando a actividad?																			
e siente con alguna cción que sienta pueda ctar su actividad de ajo en alturas?																			
érminos generales, nsidera ud que su ado de salud es																			
ejecutante cuenta y oce el procedimiento rabajo seguro en ras (SG-SST-01)?																			
área de trabajo se uentra señalizada y arcada?																			
ejecutante tiene ocimiento a los riesgos está expuesto?																			
ejecutante cuenta con yudante para realizar rea?																			

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Codigo: FST.TA-01 Versión: 01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: carge material pluma 6100
Lugar: proyecto ceiba abierta Torre A
Duración estimada: 15 al 18 enero 2023 Número de personas en el trabajo: 1
Altura aproximada: 70 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI		SI		SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose Herrera	✓		✓		✓		oct-2023	Jose Herrera
2									
3									
4									
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	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 ultimas 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

...cutante cuenta con ...stema de ...guramiento de herramientas?	✓																		
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓																		
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓																		
¿La ejecurtante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A																		
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓																		

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revision 1		Revision 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
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 an	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga

Sencilla ☒
Ajustable ☐
"Y" ☒
Posicionamiento (cuerda) ☐
Con absorbedor? S ☒ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ______
Altura máxima: ______

Otras precauciones, Cuales? ______

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades.

Elaborado Por: ______

Modificaciones autorizadas por: ______

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	DESDE (DIA)	HORA

DESDE (DIA)	HORA	DESDE (DIA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

1 ploma Gico

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	☐
Energia	☒	ACPM	☐	☐

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 ε	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

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/Inspector SST 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 ó Coordinador trabajo en Alturas (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.

EBISU	ATS PLUMA GRUA	Codigo: EST-ATS-02 Version 01 Fecha: 15/03/2022

OBRA:	Porto		
ACTIVIDAD:	Cargue y descargue material	Fecha de inspección	13 Enero 2025
UBICACIÓN:	Torre A cubierta		

ITEM	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REVISIÓN			OBSERVACIONES
		✓	X	N/A	
	PUNTO DE ANCLAJE				
1	Los puntos de anclaje deben soportar una resistencia de 5000 libras	✓			
2	Revisar el anclaje en cuatro puntos del trípode de la pluma y estado de soldadura	✓			
3	Asegurar la solidez y la firmeza del suelo o placa donde se se fije el trípode	✓			
4	la pluma de anclarse a la losa (placa) con pases y/o anclajes en forma U con platina y asegurado con tornillos atravesando la losa completamente	✓			
5	El cuerpo de la pluma debe estar sujeto por una guaya anclada a la placa	✓			
	ELECTRICO Y MECANICO				
6	Verificar antes de iniciar la operación que las instalaciones electricas esten funcionando bien, lo mismo el motor	✓			
7	Las correas se encuentran en buenas condiciones	✓			
8	Las poleas se encuentran en buenas condiciones	✓			
9	El breaker o taco se encuentra en buenas condiciones	✓			
10	El sistema de freno se encuentra en buenas de condiciones	✓			
11	Las guardas de los sistemas de transmisión deben estar en su sitio, nunca se deben retirar mientras este en operación el equipo	✓			
12	El equipo tiene carcasa	✓			
	GUAYA Y GANCHOS				
13	Los ganchos estan en buenas condiciones (el gancho no permite pandeo de la carga y solo se abre cuando se va a ingresar o sacar la carga)	✓			
14	El gancho utilizado para izar la carga debe garantizar su resistencia y el cierre total, no se permite ganchos tipo cola de marrano	✓			
15	Las grilletas o perros estan en buenas condiciones	✓			
16	La guaya de operación debe tener diametro no inferior a 1/4"	✓			
17	Verifique la longitud del cable (corresponde a la altura del izaje) y cuando esté en el nivel mas bajo quede como minimo cuatro vueltas del cable en el tambor	✓			
18	Esta lubricado el cable de carga	✓			
19	Verificar que la guaya no tenga cuerdas dobladas, con quiebres, partes desilachadas o cualquier otro desperfecto que impida su uso o comprometa su resistencia, en caso de encontrarlas se debe cambiar inmediatamente	✓			
20	Si se utiliza un andamio de carga se debe contravnetiar con guaya de un 1/4" como minimo	✓			
	CARGA Y DESCARGA				
21	En el área de cargue y descargue se mantiene el área señalizada	✓			
22	La canasta cuenta con su base de soporte, partes laterales completas y en buen estado	✓			
23	El balde se encuentra en buenas condiciones (Soldaduras y broches)	✓			
24	El balde debe terner seguro para evitar que pendule durante el izaje	✓			

INSPECCIÓN PARA GRUA PLUMA Y ACCESORIOS			
CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACION	PÁGINA

25	El operador cuenta con la visibilidad del área de trabajo para realizar la operación	✓			
26	Realiza un levantamiento de prueba con la carga para la cual esta especificada la pluma	✓			
	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL				
27	El trabajador cuenta con equipo de protección contra caídas certificado	✓			
28	El trabajador cuenta con casco y barbuquejo	✓			
29	Guantes de vaqueta	✓			
30	Botas puntera	✓			
31	Protector visual con UV	✓			
	SEGUIMIENTO A EQUIPOS				
27	El equipo cuenta con hoja de vida	✓			
28	Indique la fecha de mantenimiento preventivo del equipo	✓			

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jose HERRERA	1001297434	plomero	Jose HERRERA

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

He verificado la lista anterior y certifico que es seguro realizar el trabajo. Como profesional, responsable y persona ética en temas de SST, manifiesto no haber pasado por alto ninguna condición de seguridad que atente contra la salud e integridad física de los trabajadores que realizan izajes de cargas con pluma grúa.

NOMBRE COMPLETO: JHON ZAMORA

CÉDULA: 1.035.601.250

FIRMA:

RECOMENDACIONES:

1. Verificar el peso de la carga y la resistencia de la pluma grúa.
2. Solo el mecánico podra realizar las reparaciones a la pluma grúa y siempre se debe realizar con el motor apagado.
3. Realice despacio la maniobrabilidad de izada y bajada de la carga para evitar arrancadas y paradas bruscas.
4. Evitar el balanceo de la carga.
5. El gancho no puede estar soldado.
6. El auxiliar de la operación debe retirarse y quedar fuera del radio de acción de la carga cuando se este izando o bajando.

NOTA: Recuerde que si alguna condición no se cumple se debe tomar la medida correctiva inmediata y realizar un nuevo ATS de soporte a esta para la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas

EBISU	PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FST.IN-11
	INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
	SG SST	FECHA: 15/12/2021

Semana del: 13 Enero 2025 **al** 18 Enero - 2025

Modelo

Marca

Centro de trabajo [illegible] Boila Torre a Cubierta

DESCRIPCION FECHA	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERCOLES B	MIERCOLES M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
Estructura metalica pluma	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptores electricos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Botón de encendido y apagado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]o metalico	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Palanca de freno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tambor o Winche	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guaya	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gancho con seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Orden y aseo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Aislamiento zona interior de trabajo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, , Botas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Firmo permiso de alturas?	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
'UEDE USAR	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
IRMA VERIFICACION OPERARIO	Jose		Jose		Jose		Jose		Jose		Jose			
RMA VERIFICACION INSPECTOR														

OBSERVACIONES

nes:

rtes:

ercoles:

ves:

rnes:

ado:

ingo:

onsable Accion Corretiva **Fecha de Ejecucion** **Firma**

o

Ultimo Mantenimiento Correctivo

Ultimo Mantenimiento Preventivo

EBISU	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Teoleleado de Rampas y vigas
Lugar: proyecto Boila Rampas
Duración estimada: 18 al 18 Enero 2023 Número de personas en el trabajo: 2
Altura aproximada: 5 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL	EPS	CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI	SI	SI	NO	VIGENCIA	
1	Hernan Sedano Yanquetin	✓	✓	✓		Mar. 2024	
2	Alexander Lopez	✓	✓	✓		D.C. 2024	
3							
4							
5							

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	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 8 horas?		✓		✓															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓		✓															
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓		✓																
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓																
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓															
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓		✓																
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓		✓																
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓		✓																

ejecutante cuenta con un sistema de aseguramiento de herramientas?	✓		✓																
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓		✓																
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓		✓																
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A		N/A																
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓		✓																

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
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
Línea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga
Sencilla ☒ Ajustable ☐
"Y" ☒ Posicionamiento (cuerda) ☐
Con absorbedor? S ☒ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ____________

Altura máxima: ____________

Otras precauciones. Cuales? ____________

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: ____________

Modificaciones autorizadas por: ____________

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

E (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
//	//	//	//

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
//	//		//

EQUIPOS A UTILIZAR

ines
aifillo

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

gua ☐		Madera ☒		☐
Aire ☐		Gasolina ☐		☐
Energía ☐		ACPM ☐		☐

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

	Condiciones OK	No Conforme *
en y aseo	☑	☐
ejo de residuos	☑	☐
ntamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a	☑	☐
s. Cuales? ______________	☐	☐
______________	☐	☐

rvaciones

____

____

FIRMAS

jo constancia de que estoy rado del trabajo que se hará y 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.
ponsable SST/Inspector SST ó ordinador trabajo en Alturas (EBISU S.A.S)	**Responsable del trabajo a ejecutarse (EBISU S.A.S)**	**Responsable del trabajo a ejecutarse (Contratista)**	****Responsable SST ó Coordinador trabajo en Alturas (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.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Codigo: FST.TA-01 Versión: 01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Recepción de material Borde placa

Lugar: Proyecto Baila Torre A piso 5

Duración estimada: 13 al 18 enero 2025 Número de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 20 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI		SI		SI	NO	VIGENCIA	
1	[illegible]	✓		✓		✓			
2									
3									
4									
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	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 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

ejecutante cuenta con un sistema de aseguramiento de herramientas?	✓																		
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓																		
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓																		
¿La ejecurtante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A																		
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓																		

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

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

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

Eslinga
Sencilla ☒ Ajustable ☐
"Y" ☒ Posicionamiento (cuerda) ☐
Con absorbedor? S ☒ N ☐

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ______
Altura máxima: ______

Otras precauciones, Cuales? ______

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por ______

Modificaciones autorizadas por : ______

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
//	//	//	//

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
//	//	//	

EQUIPOS A UTILIZAR

* pluma Grua
* linea de vida

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua ☐

Aire ☐

Energía ☐

Madera ☐

Gasolina ☐

ACPM ☐

☐

☐

☐

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	☑	☐
Otras. Cuales? ________	☐	☐
________	☐	☐

Observaciones

____

____

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/Inspector SST 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 ó Coordinador trabajo en Alturas (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.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalacion de tuberia

Lugar: Colegio Boita - Torre A y B

Duración estimada: 2 ... 25/01/23

Numero de personas en el trabajo: 4 personas.

Altura aproximada: 20 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARl SI		EPS SI		CONSTACIA CAPACITACION SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Arias Orozco	✓				✓			
2	[illegible]	✓				✓			
3	Rebollo Rincones R.	✓				✓			
4	[illegible] Olaya	✓				✓			
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	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 para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓		✓		✓												
¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 8 horas?		x		x		x		x											
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 8 horas?		x		x		x		x											
¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos?	✓		✓		✓		✓												
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓		✓		✓												
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		x		x		x		x											
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		x		x		x		x											
En terminos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓		✓		✓		✓												
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓		✓		✓		✓												
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓		✓		✓		✓												
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓		✓		✓		✓												
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓		✓		✓		✓												

cutante cuenta con stema de eguramiento de herramientas?	✓		✓		✓		✓												
¿El **ejecutante** sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓		✓		✓		✓												
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓		✓		✓		✓												
¿La ejecurtante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N	A	N	A	N	A	N	A											
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓		✓		✓		✓												

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

	Necesidad		Revisión 2	
	SI	NO	B	M
Demarcacion provisional	✓			
Señales de peligro adicionales		1		
Cerrar las vias		1		
Iluminacion Adicional	✓			
Superficies secas, no	✓			
Lineas de advertencia	✓			
Puntos de anclaje	✓			

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

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

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓					
Arnés de seguridad	✓					

Eslinga Sencilla ☐ Ajustable ☑ "Y" ✓ Posicionamiento (cuerda) ☐ ✓ Con absorbedor? S ✓ N ☐

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ______

Altura máxima: ______

Otras precauciones. Cuales? ______

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades.

Elaborado Por: ______

Modificaciones autorizadas por: ______

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
20-01-23	7:00am	25-01-23	12:00pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- Arnes y punto de anclaje.
- Eslinga

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua ☑	Madera ☑	☐
Aire ☑	Gasolina ☐	☐
Energia ☑	ACPM ☐	☐

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 a	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

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/Inspector SST 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 ó Coordinador trabajo en Alturas (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.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Descalificación placa

Lugar: Colegio Berta Torre A y B

Duración estimada: 20 al 25/01/25

Numero de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: 12 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL		EPS		CONSTANCIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI		SI		SI	NO	VIGENCIA	
1	Alexander Lopez	✓		✓		✓			
2	Hernan Pamplona	✓		✓		✓			Hernan P.C.
3	Anderson de la Hoz								Anderson
4									
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	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 para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓																		
¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de proteccion contra caidas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

cutante cuenta con stema de seguramiento de herramientas?	✓																		
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓																		
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓																		
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N A																		
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓																		

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓					
Barbuquejo y mentonera	✓					
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 an	✓					
Arnés de seguridad	✓					

Eslinga: Sencilla ☑ Ajustable ☑ "Y" ☑ Posicionamiento (cuerda) ☐ Con absorbedor? S ☑ N ☐

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ______

Altura máxima: ______

Otras precauciones. Cuales? ______

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades.

Elaborado Por: ______

Modificaciones autorizadas por: ______

INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
20-01-25	7:00a	25-01-25	12:00pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- Arnes
- Eslinga
- Punto de anclaje
- Linea de vida

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☑	Madera	☑	☐
Aire	☑	Gasolina	☐	☐
Energía	☑	ACPM	☐	☐

REVISIÓN CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

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/Inspector SST 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 ó Coordinador trabajo en Alturas (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.

EBISU	PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FST.IN-11
	INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
	SG-SST	FECHA: 15/12/2021

Semana del: 20-01-25 **al** 25-01-25

Modelo: N/A

Marca: SIEMENS

Centro de trabajo: Colegio Boile Turno A

DESCRIPCION	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERCOLES B	MIERCOLES M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
FECHA														
Estructura metalica pluma	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptores electricos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Boton de encendido y apagado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible] metalico	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Palanca de freno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tambor o Winche	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guaya	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gancho con seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Orden y aseo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Aislamiento zona interior de trabajo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, , Botas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Firmo permiso de alturas?	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE PUEDE USAR	[✓ SI]	NO	[✓ SI]	NO	[✓ SI]	NO	[✓ SI]	NO	[✓ SI]	NO	[✓ SI]	NO	SI	NO
FIRMA VERIFICACION OPERARIO	Jose		Jose		Jose		Jose		Jose		Jose			
FIRMA VERIFICACION INSPECTOR														

OBSERVACIONES

Lunes:
Martes:
Miercoles:
Jueves:
Viernes:
Sabado:
Domingo:

Responsable Accion Corretiva **Fecha de Ejecucion** **Firma**

Cargo

Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo

Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo

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 20-01-25

Valido desde 20-01-25 Hasta 25-01-25

Sector: Área de trabajo Colegio Borja Torre A.

Responsable del área Johanns de jesus borja.

Equipo especifico objeto del trabajo Torre A y B

Descripción del trabajo a ejecutar (Defina estrategias para realizar las labores)

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 tecnicas 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 vehiculos	✓		
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 quimicos se tienen las hojas de seguridad disponibles	✓		
18	Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA	✓		

Se requiere de los siguiente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco ☑
Careta ☐
Guantes ☑
Mangas ☐

Gafas ☑
Protección respiratoria ☑
pechera ☐
Botas seguridad ☑

Tapones auditivos ☑
arnés de seguridad ☑
equipo aire asistido ☐
Otro: ☐

escaleras ☑
Andamios ☐
linea de vida ☑

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Nombre	Firma	Nombre	Firma
Jose HERRERA	Jose HERRERA		

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			
SPV respons. Del trabajo			
SPV Residente SST	Angie Ramo r		

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha: ....
Hora: ....
Responsable del área ....
Resp trabajo
Firma
Firma

SU

ATS PLUMA GRÚA

Codigo: FST.ATS-02
Versión 01
Fecha: 15/03/2022

Colegio Borja

TIVIDAD: Izaje de materiales

UBICACIÓN: Torre A.

FECHA DE INSPECCIÓN: 20-01-25

ITEM	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REVISIÓN			OBSERVACIONES
			X	N/A	
	PUNTO DE ANCLAJE				
1	Los puntos de anclaje deben soportar una resistencia de 5000 libras	C			
2	Revisar el anclaje en cuatro puntos del tripode de la pluma y estado de soldadura	C			
3	Asegurar la solidez y la firmeza del suelo o placa donde se se fije el tripode	C			
4	a pluma de anclarse a la losa (placa) con pases y/o anclajes en forma U con platina y asegurado con tornillos atravesando la losa completamente	C			
5	El cuerpo de la pluma debe estar sujeto por una guaya anclada a la placa	C			
	ELECTRICO Y MECANICO				
6	Verificar antes de iniciar la operación que las instalaciones electricas esten funcionando bien, lo mismo el motor	C			
7	Las correas se encuentran en buenas condiciones	C			
8	Las poleas se encuentran en buenas condiciones	C			
9	El breaker o taco se encuentra en buenas condiciones	C			
10	El sistema de freno se encuentra en buenas de condiciones	C			
11	Las guardas de los sistemas de transmision deben estar en su sitio, nunca se deben retirar mientras este en operación el equipo	C			
12	El equipo tiene carcasa	C			
	GUAYA Y GANCHOS				
13	Los ganchos estan en buenas condiciones (el gancho no permite pandeo de la carga y solo se abre cuando se va a ingresar o sacar la carga)	C			
14	El gancho utilizado para izar la carga debe garantizar su resistencia y el cierre total, no se permite ganchos tipo cola de marrano	C			
15	Las grilletas o perros estan en buenas condiciones	C			
16	La guaya de operación debe tener diametro no inferior a 1/4"	C			
17	Verifique la longitud del cable (corresponde a la altura del izaje) y cuando esté en el nivel mas bajo quede como minimo cuatro vueltas del cable en el tambor	C			
18	Esta lubricado el cable de carga	C			
19	Verificar que la guaya no tenga cuerdas dobladas, con quiebres, partes desilachadas o cualquier otro desperfecto que impida su uso o comprometa su resistencia, en caso de encontrarlas se debe cambiar inmediatamente	C			
20	Si se utiliza un andamio de carga se debe contravnetiar con guaya de un 1/4" como minimo	C			
	CARGA Y DESCARGA				
21	En el area de cargue y descargue se mantiene el area señalizada	C			
22	La canasta cuenta con su base de soporte, partes laterales completas y en buen estado	C			
23	El balde se encuentra en buenas condiciones (Soldaduras y broches)	C			
24	El balde debe terner seguro para evitar que pendule durante el izaje	C			

INSPECCIÓN PARA GRUA PLUMA Y ACCESORIOS

CODIGO:
VERSIÓN:
FECHA DE ELABORACION:
PÁGINA:

25	El operador cuenta con la visibilidad del área de trabajo para realizar la operación	C			
26	Realiza un levantamiento de prueba con la carga para la cual esta especificada la pluma	C			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

27	El trabajador cuenta con equipo de protección contra caídas certificado	C			
28	El trabajador cuenta con casco y barbuqueo	C			
29	Guantes de vaqueta	C			
30	Botas puntera	C			
31	Protectos visual con UV	C			

SEGUIMIENTO A EQUIPOS

27	El equipo cuenta con hoja de vida	C			
28	Indique la fecha de mantenimiento preventivo del equipo	C			

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jose Herrera	1001297431	plomero	Jose Herrera

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

He verificado la lista anterior y certifico que es seguro realizar el trabajo. Como profesional, responsable y persona ética en temas de SST, manifiesto no haber pasado por alto ninguna condición de seguridad que atente contra la salud e integridad física de los trabajadores que realizan izajes de cargas con pluma grúa.

NOMBRE COMPLETO: Angie Dario M.
CÉDULA: 1030900290
FIRMA:

RECOMENDACIONES:

1. Verificar el peso de la carga y la resistencia de la pluma grúa.
2. Solo el mecánico podra realizar las reparaciones a la pluma grúa y siempre se debe realizar con el motor apagado.
3. Realice despacio la maniobrabilidad de izada y bajada de la carga para evitar arrancadas y paradas bruscas.
4. Evitar el balanceo de la carga.
5. El gancho no puede estar soldado.
6. El auxiliar de la operación debe retirarse y quedar fuera del radio de acción de la carga cuando se este izando o bajando.

NOTA: Recuerde que si alguna condición no se cumple se debe tomar la medida correctiva inmediata y realizar un nuevo ATS de soporte a esta para la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Código: FST.TA-01
Versión:01
Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

ar: Izaje de materiales y equipos Colegio Borta - Torre A y B

ción estimada: 20 - 9/25/01/25 Numero de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: 15mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI		SI		SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose Herrera	✓		✓		✓			Jose Herrera
2									
3									
4									
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	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 8 horas?		X																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		X																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el sarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		X																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		X																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento le trabajo seguro en lturas (SG-SST-01)?	✓																		
El área de trabajo se ncuentra señalizada y emarcada?	✓																		
El ejecutante tiene nocimiento a los riesgos e está expuesto?	✓																		
l ejecutante cuenta con ayudante para realizar area?	✓																		

con	✓																		
sabe qué caso de una ncia?	✓																		
realizo el analisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓																		
¿La ejecurtante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N	A																	
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓																		

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

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

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓					
Arnés de seguridad	✓					

Eslinga

Sencilla ☐ Ajustable ☑ Y? Posicionamiento (cuerda) ☑ Con absorbedor? S ☑ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Movil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ____________

Altura máxima: ____________

Otras precauciones. Cuales? ____________

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: ____________

Modificaciones autorizadas por: ____________

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA
-01-25	7:00am	25-01-25	12:00pm

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- Arnes
- linea de vida
- Eslinga
- punto de anclaje.

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☑			☐
Aire	☑	Madera	☑	☐
Energia	☑	Gasolina	☐	☐
		ACPM	☐	

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 ε	☑	☐
Otras. Cuales? ______	☐	☐
______	☐	☐

Observaciones

______

______

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/Inspector SST 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 ó Coordinador trabajo en Alturas (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.

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión: 01 Fecha: 15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Fundida de pollos

Lugar: proyecto Boila Torre A

Duración estimada: 27 al 01 Feb-2023 Numero de personas en el trabajo: 2

Altura aproximada: 20 Mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARL		EPS		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI		SI		SI	NO	VIGENCIA	
1	Alexander Lopez	✓		✓		✓		04-2024	
2	Hernan pamplona	✓		✓		✓		04-2024	Hernan PC
3	Enderson de la Hoz								Enderson
4									
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	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 para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año?	✓		✓																
¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas?		✓		✓															
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓		✓															
¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos?	✓		✓																
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓		✓																
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓		✓															
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓		✓															
En terminos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓		✓																
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓		✓																
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓		✓																
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓		✓																

ejecutante cuenta con n sistema de aseguramiento de herramientas?	✓		✓																
¿El ejecutante sabe qué hacer en caso de una emergencia?	✓		✓																
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓		✓																
¿La ejecutante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A		N/A																
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓		✓																

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Barbuquejo y mentonera	✓		✓		✓	
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 (Verficar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnes de segundad	✓		✓		✓	

Eslinga

Sencilla ☒ Ajustable ☐

"Y" ☒ Posicionamiento (cuerda) ☐

Con absorbedor? S ☒ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ________

Altura máxima: ________

Otras precauciones. Cuales? ____________

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: ____________

Modificaciones autorizadas por: ____________

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	DESDE (DIA)	HORA	DESDE (DIA)	HORA	DESDE (DIA)	HORA
	//	//	//	//	//	//	//

EQUIPOS A UTILIZAR

Arnes
linea de vida

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐	Madera	☐	☐
Aire	☐	Gasolina	☐	☐
Energia	☒	ACPM	☐	☐

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 a	☑	☐
Otras. Cuales? ______________________	☐	☐
______________________	☐	☐

Observaciones

____

____

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/Inspector SST 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 ó Coordinador trabajo en Alturas (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.*

EBISU	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código: FST.TA-01 Versión:01 Fecha:15/03/2022

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: cargue de material pluma grua

Lugar: proyecto Boita Torre A

Duración estimada: 27 enero al 01 Feb-2023 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 20 mts

INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	ARI		EPS		CONSTACIA CAPACITACION			FIRMA TRABAJADOR
		SI		SI		SI	NO	VIGENCIA	
1	Jose Herrera	✓		✓		✓		Oct-2023	Jose Herrera
2									
3									
4									
5									

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

Pregunta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		Observaciones
	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 8 horas?		✓																	
¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas?		✓																	
¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos?	✓																		
¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad?	✓																		
¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad?		✓																	
¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		✓																	
En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es	✓																		
¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)?	✓																		
¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada?	✓																		
¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto?	✓																		
¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?	✓																		

te cuenta con a de miento de mientas?	✓																		
ejecutante sabe qué acer en caso de una emergencia?	✓																		
¿Se realizo el análisis de trabajo seguro (ATS) formatO para la tarea?	✓																		
¿La ejecurtante sospecha o tiene duda de que se encuentra en estado de embrazo	N/A																		
¿Se realizo la inspección de escaleras, andamios, rack y otros elementos de acceso a utilizar?	✓																		

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

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

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

	NECESIDAD		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Linea de vida (Verificar puntos de an	✓		✓		✓	
Arnés de segundad	✓		✓		✓	

Eslinga Sencilla ☒ Ajustable ☐ "Y" ✓ Posicionamiento (cuerda) ☐ Con absorbedor? S ☐ N ☐

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANDAMIOS

	Necesidad		Revisión 1		Revisión 2	
	SI	NO	B	M	B	M
Móvil						
Fijo						
Se ha verificado el estado del andamio						
Los puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes						
Las bases del andamio se encuentran aseguradas						
El andamio cuenta con barandas laterales						

Carga Máxima: ____________

Altura máxima: ____________

Otras precauciones. Cuales? ____________

Construcción del Andamio

Se garantiza que el levantamiento del andamio ha estado en manos de personal entrenado y calificado en esta actividad y bajo la supervisión adecuada. Los usuarios del andamio conocen los propósitos de este y sus responsabilidades:

Elaborado Por: ____________

Modificaciones autorizadas por: ____________

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

DESDE (DÍA)	HORA	DESDE (DÍA)	HORA

EQUIPOS A UTILIZAR

- pluma grua
- linea de vida

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

N/A

RECURSOS A UTILIZAR

Agua	☐			
Aire	☐	Madera	☐	☐
Energia	☒	Gasolina	☐	☐
		ACPM	☐	☐

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 :	☑	☐
Otras. Cuales?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

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 realizara y doy APROBACION para su ejecución.
Responsable SST/Inspector SST 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 ó Coordinador trabajo en Alturas (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.

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 27·enero·2025 Valido desde 27/01-25 Hasta 01/02/25

Sector/ Área de trabajo Torre A

Responsable del área pablo alvarez

Equipo especifico objeto del trabajo pluma Grua

Descripción del trabajo a ejecutar (Defina estrategias para realizar las labores)

Carge y descarge material

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	✓		
18	Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA			

Se requiere de los siguiente equipos de protección personal para la ejecución de los trabajos

Casco ☑
Careta ☐
Guantes ☑
Mangas ☐

Gafas ☑
Protección respiratoria ☐
pechera ☐
Botas seguridad ☑

Tapones auditivos ☑
arnés de seguridad ☑
equipo aire asistido ☐
Otro: ☐

escaleras ☐
Andamios ☐
línea de vida ☑

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

Nombre	Firma	Nombre	Firma
Jose Herrera	Jose Herrera		

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			
SPV respons. Del trabajo			
SPV Residente SST	JHON EDMOIA	Inspector SST	

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

Fecha .... Hora: .... Responsable del área ....

Resp trabajo Firma Firma

EBISU	PLUMA ELECTRICA	CODIGO: FST.IN-11
	INSPECCION Y PREOPERACIONAL	VERSION: 01
	SG-SST	FECHA: 15/12/2021

[illegible]a del: 20 enero-2025 al 01-febrero-2025

[illegible]delo: Siemens

Marca: Siemens

Centro de trabajo: colegio Boita

DESCRIPCION	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
FECHA														
Estructura metalica pluma	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Anclajes de bases de pluma	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Instalaciones y conexiones electricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Interruptores electricos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Botón de encendido y apagado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]o metalico	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
[illegible]anca de freno	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tambor o Winche	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Guaya.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Gancho con seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Grilletes de valde en buen estado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Valde y fondo del Valde.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Orden y aseo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Aislamiento zona interior de trabajo.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Señalizacion de zona y descargue de material	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Uso de EPP, Casco, Barbuquejo, Monogafas, Tapaoidos, , Botas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Elementos de proteccion contra caidas.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Firmo permiso de alturas?	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE PUEDE USAR	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
[illegible]MA VERIFICACION OPERARIO	Jose		Jose		Jose		Jose		Jose		Jose			
FIRMA VERIFICACION INSPECTOR														

OBSERVACIONES

Lunes: vohlado
Martes:
Miercoles:
Jueves:
Viernes:
Sabado:
Domingo:

Responsable Accion Corretiva	**Fecha de Ejecucion**	**Firma**
Cargo		

Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo

Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo

EBISU	ATS PLUMA GRUA	Codigo: FST ATS-02 Versión 01 Fecha: 15/03/2022

OBRA: colegio Baita **FECHA DE INSPECCIÓN:** 27-enero-2025
ACTIVIDAD: Carge y descarge material
UBICACIÓN: Torre A

ITEM	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REVISIÓN			OBSERVACIONES
			X	N/A	
	PUNTO DE ANCLAJE				
1	Los puntos de anclaje deben soportar una resistencia de 5000 libras	✓			
2	Revisar el anclaje en cuatro puntos del tripode de la pluma y estado de soldadura	✓			
3	Asegurar la solidez y la firmeza del suelo o placa donde se se fije el tripode	✓			
4	la pluma de anclarse a la losa (placa) con pases y/o anclajes en forma U con platina y asegurado con tornillos atravesando la losa completamente	✓			
5	El cuerpo de la pluma debe estar sujeto por una guaya anclada a la placa	✓			
	ELECTRICO Y MECANICO				
6	Verificar antes de iniciar la operación que las instalaciones electricas esten funcionando bien, lo mismo el motor	✓			
7	Las correas se encuentran en buenas condiciones	✓			
8	Las poleas se encuentran en buenas condiciones	✓			
9	El breaker o taco se encuentra en buenas condiciones	✓			
10	El sistema de freno se encuentra en buenas de condiciones	✓			
11	Las guardas de los sistemas de transmisión deben estar en su sitio: nunca se deben retirar mientras este en operación el equipo	✓			
12	El equipo tiene carcasa	✓			
	GUAYA Y GANCHOS				
13	Los ganchos estan en buenas condiciones (el gancho no permite pandeo de la carga y solo se abre cuando se va a ingresar o sacar la carga)	✓			
14	El gancho utilizado para izar la carga debe garantizar su resistencia y el cierre total, no se permite ganchos tipo cola de marrano	✓			
15	Las grilletas o perros estan en buenas condiciones	✓			
16	La guaya de operación debe tener diametro no inferior a 1/4"	✓			
17	Verifique la longitud del cable (corresponde a la altura del izaje) y cuando esté en el nivel mas bajo quede como minimo cuatro vueltas del cable en el tambor	✓			
18	Esta lubricado el cable de carga	✓			
19	Verificar que la guaya no tenga cuerdas dobladas, con quiebres, partes desilachadas o cualquier otro desperfecto que impida su uso o comprometa su resistencia, en caso de encontrarlas se debe cambiar inmediatamente	✓			
20	Si se utiliza un andamio de carga se debe contravnetiar con guaya de un 1/4" como minimo	✓			
	CARGA Y DESCARGA				
21	En el area de cargue y descargue se mantiene el area señalizada	✓			
22	La canasta cuenta con su base de soporte, partes laterales completas y en buen estado	✓			
23	El balde se encuentra en buenas condiciones (Soldaduras y broches)	✓			
24	El balde debe tener seguro para evitar que pendule durante el izaje	✓			

INSPECCIÓN PARA GRUA PLUMA Y ACCESORIOS			
CODIGO:	**VERSIÓN:**	**FECHA DE ELABORACION:**	**PÁGINA:**

25	El operador cuenta con la visibilidad del área de trabajo para realizar la operación	✓			
26	Realiza un levantamiento de prueba con la carga para la cual esta especificada la pluma	✓			
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					
27	El trabajador cuenta con equipo de protección contra caídas certificado	✓			
28	El trabajador cuenta con casco y barbuquejo	✓			
29	Guantes de vaqueta	✓			
30	Botas puntera	✓			
31	Protectos visual con UV	✓			
SEGUIMIENTO A EQUIPOS					
27	El equipo cuenta con hoja de vida	✓			
28	Indique la fecha de mantenimiento preventivo del equipo	✓			

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)

FIRMAS TRABAJADORES

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jose HERRERA	1001237434	plumero	Jose HERRERA

FIRMA DEL SUPERVISOR SST

He verificado la lista anterior y certifico que es seguro realizar el trabajo. Como profesional, responsable y persona ética en temas de SST, manifiesto no haber pasado por alto ninguna condición de seguridad que atente contra la salud e integridad física de los trabajadores que realizan izajes de cargas con pluma grúa.

NOMBRE COMPLETO: JHON Zamora

CÉDULA: 1.233.691.200

FIRMA:

RECOMENDACIONES:

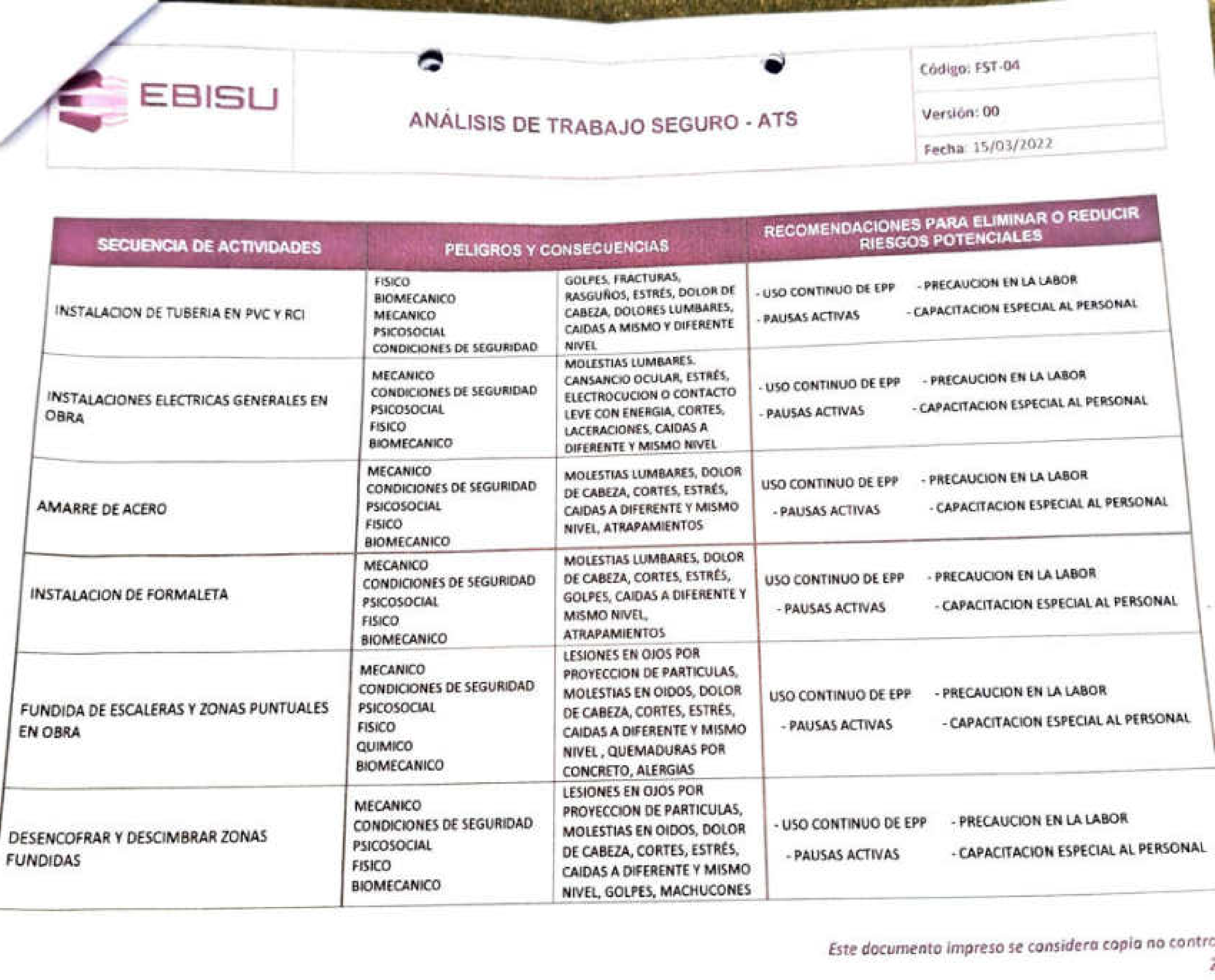
1. Verificar el peso de la carga y la resistencia de la pluma grúa.
2. Solo el mecánico podra realizar las reparaciones a la pluma grúa y siempre se debe realizar con el motor apagado.
3. Realice despacio la maniobrabilidad de izada y bajada de la carga para evitar arrancadas y paradas bruscas.
4. Evitar el balanceo de la carga.
5. El gancho no puede estar soldado.
6. El auxiliar de la operación debe retirarse y quedar fuera del radio de acción de la carga cuando se este izando o bajando.

NOTA: Recuerde que si alguna condición no se cumple se debe tomar la medida correctiva inmediata y realizar un nuevo ATS de soporte a esta para la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

FECHA	**DIA**	30	**MES**	12	**AÑO**	24	**PERMISO DE TRABAJO N°:**	# 1
LUGAR DE OPERACIÓN:	Colegio Boita							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Taladro, pulidora, tronzadora, sierra, pala, barra, carretilla, escoba, recogedor.							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	fundido de columnas, Instalaciones electricas, Instalaciones hidrosanitarias, Remates.							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Residente de obra, Maestro de obra, Inspector SST							

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES	
EXCAVACION MANUAL	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, DESHIDRATACION,	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
EXCAVACION MECANICA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	ACCIDENTES DE TRANSITO APLASTAMIENTOS ATRAPAMIENTOS DOLORES DE CABEZA, ESTRÉS, MOLESTIAS LUMBARES, DESHIDRATACION	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
COMPACTACION DE TERRENO	FISICO BIOMECANICO QUIMICO CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OIDOS, DESHIDRTACION, EXPOSICION A LLUVIAS, CAIDAS MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
CORTE DE MADERA Y ACERO	MECANICO FISICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, AMPUTACIONES, ALERGIAS	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR



EBISU

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: FST-04
Versión: 00
Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES	
INSTALACION DE TUBERIA EN PVC Y RCI	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL CONDICIONES DE SEGURIDAD	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, CAIDAS A MISMO Y DIFERENTE NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES. CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
DESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS FUNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

Este documento impreso se considera copia no contro

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA IA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
EN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

MA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDOCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

o	☑	Guantes	☑	Mascara facial	☑	Lockout/Tagout	☐
s de seguridad	☑	Protección Respiratoria	☑	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☐
s de Seguridad	☑	Protección Auditiva	☑	Extintores	☐	Charla pre-operacional	☐
ol	☑	Equipos de protección contra caídas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☑	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☐
vernal	☐	Dotación	☑	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ	5122996	
2	Leidis Caicedo	1044914028	Leidis C.
3	Andres felipe R	1216976666	
4	WILLIAM ALEXANDER YAGUE	1.022937991	
5	Jonathan Aguirre Gomez	[illegible]	
6	Jose HERRERA	1001297434	Jose H
7	ARISMENDI TORRES	79829340	
8	Rafael G. Rincon R.	1127394977	
9	David santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
10	Eliezer Osorio	1063164092	

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

FECHA	**DIA**	13	**MES**	01	**AÑO**	2023	**PERMISO DE TRABAJO Nº:**	#3
LUGAR DE OPERACIÓN:	Proyecto Boila Torre A y B							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Tronzadora, Taladro, pulidora, sierra, plomo 6ico, carretillo, martillos							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Estructura, Revoteo de obra, Instalaciones electricas, hidraulicas							
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Trabajadores, Inspectores, Residentes de obra							

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES	
EXCAVACION MANUAL	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, DESHIDRATACION,	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
EXCAVACION MECANICA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	ACCIDENTES DE TRANSITO APLASTAMIENTOS ATRAPAMIENTOS DOLORES DE CABEZA, ESTRÉS, MOLESTIAS LUMBARES, DESHIDRATACION	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
COMPACTACION DE TERRENO	FISICO BIOMECANICO QUIMICO CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OIDOS, DESHIDRTACION, EXPOSICION A LLUVIAS, CAIDAS MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
CORTE DE MADERA Y ACERO	MECANICO FISICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, AMPUTACIONES, ALERGIAS	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACION DE TUBERIA EN PVC Y RCI	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL CONDICIONES DE SEGURIDAD	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, CAIDAS A MISMO Y DIFERENTE NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES. CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
DESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS FUNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

EBISU

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: FST-04
Versión: 00
Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDOCIONES 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 ( )	☐

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ	5122996	
2	Irina Altamiranda	50989201	Irina A.
3	Luis Cacedo	1044914028	Luis C.
4	Alexander Lopez	13563241	
5	Hernan Yaquatin	87572106	
6	José D. Bernio conde	1003045086	
7	Rafael G. Rincon L.	1127794477	
8	Marvin olaya	87946 129	Marvin Olaya
9	Andres felipe Rodriguez	7216976666	
10	Jonathan Agate G.	1023893217	
	Dimas Mendoza	1097775	

11	Wilian Alexander Yanc	1072 937 991	
12	ELY J. RAMOS LOPEZ	1007656203	
13	Eliezer Osorio	1063764092	
14	Jose Alejandro Arevalo	1000195259	
15	ARISMENDI TORRES	79829540	
16	Santiago Torres	1000128401	Santiago Torres
17	Jose Herrera	1001297134	Jose Herrera
18	Benjamin Antolinez Quintero	7729593	Benjamin Ant
19	Enderson de la Hoz	1102896774	Enderson
20			
21			
22			

EBISU	**ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS**	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha 15/03/2022

FECHA	**DIA**	13	**MES**	01	**AÑO**	24	**PERMISO DE TRABAJO Nº:**	# 1
LUGAR DE OPERACIÓN:	Colegio Borja							
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Pulidora, Taladro, Tronzadora, sierra, pala, barra, carretilla.							
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:								
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:								

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
EXCAVACION MANUAL	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, DESHIDRATACION,	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
EXCAVACION MECANICA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	ACCIDENTES DE TRANSITO APLASTAMIENTOS ATRAPAMIENTOS DOLORES DE CABEZA, ESTRÉS, MOLESTIAS LUMBARES, DESHIDRATACION	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL - RELEVOS EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
COMPACTACION DE TERRENO	FISICO BIOMECANICO QUIMICO CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OIDOS, DESHIDRTACION, EXPOSICION A LLUVIAS, CAIDAS MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR - RELEVOS EN LA LABOR
CORTE DE MADERA Y ACERO	MECANICO FISICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, AMPUTACIONES, ALERGIAS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR

Este documento impreso se considera copia no controlad

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACION DE TUBERIA EN PVC Y RCI	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL CONDICIONES DE SEGURIDAD	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, CAIDAS A MISMO Y DIFERENTE NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
DESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS FUNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDOCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☑	Guantes	☑	Mascara facial	☑	Lockout/Tagout	☐
otas de seguridad	☑	Protección Respiratoria	☑	Chaleco reflectivo	☑	Permiso de Trabajo Requerido	☑
afas de Seguridad	☑	Protección Auditiva	☑	Extintores	☐	Charla pre-operacional	☑
erol	☑	Equipos de protección contra caidas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes	☑	Barreras o aislamiento de áreas	☐	Señalización y acordonamiento	☑
Invernal	☑	Dotación	☑	Polarización a tierra de equipos	☐	Otro ( )	☐

EBISU

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: FST-04
Versión: 00
Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	Andres felipe R	1216976666	
2	William Alexander [illegible]	1.022 937941	
3	Christian alberto Gonzalez Vargas	1106890780	
4	ARISMENDY TORRES	79829346	
5	Santiago Torres	1000128491	Santiago torres
6	Irina Altamiranda	50989201	Irina A.
	Leidis Caicedo	1044914028	Leidis C.
	Eliezer Osorio	1063164092	
	Marvin Olaya	81946129	
	Rafael G. Rincones R.	1127394477	

11	Fausto Sanchez	5122996	
12	Alexander Lopez	13563241	
13	Dario Mendoza	1097775	
14	EDILBERTO AMADO	80 362 362	
15	Jose D. Benio Conde	1003045086	
16	Jose Herrera	100297434	Jose H
17	Isidro Velasco ✓	79488505	
18	Hernan Yanguatin	87572106	
19	Frank Alejandro Arevalo	1001043259	
0	RAY DE REYES LOPEZ	1003656243	

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

FECHA	DIA	10	MES	01	AÑO	25	PERMISO DE TRABAJO Nº:	#1	
LUGAR DE OPERACIÓN:	Colegio Borla								
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	pulidora, Taladro, Tronzadora, sierra, pala, pica, barra, carretilla.								
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Instalaciones electricas, Instalaciones hidraulicas, fundir zonas especificas, Izaje de cargas								
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Residente SST, Maestro de obra, Inspector SST								

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES	
EXCAVACION MANUAL	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, DESHIDRATACION.	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
EXCAVACION MECANICA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	ACCIDENTES DE TRANSITO APLASTAMIENTOS ATRAPAMIENTOS DOLORES DE CABEZA, ESTRÉS, MOLESTIAS LUMBARES, DESHIDRATACION	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
COMPACTACION DE TERRENO	FISICO BIOMECANICO QUIMICO CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OIDOS, DESHIDRTACION, EXPOSICION A LLUVIAS, CAIDAS MISMO NIVEL.	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
CORTE DE MADERA Y ACERO	MECANICO FISICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, AMPUTACIONES, ALERGIAS	- USO CONTINUO DE EPP - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR	- PRECAUCION EN LA LABOR

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACION DE TUBERIA EN PVC Y RCI	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL CONDICIONES DE SEGURIDAD	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, CAIDAS A MISMO Y DIFERENTE NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
DESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS FUNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST 04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES 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 ( )	☐

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	FAUSTO SANCHEZ	5122996.	
2	Leidis Caicedo	1044914028	Leidis C.
3	Irina Altamiranda	50989201	Irina A.
4	Hernan Pamplona	70466654	Hernan PC.
5	Eliezer Osorio	1063166092	
6	Alexander [illegible]	13563241	
7	Rafael G. Rincon R.	1127394477	
8	WUILIAN ALEXANDER YAGUE	1.022937971	
	Jonathan Aponte Gomez	1023893213	
	Marvin Olaya	37916124	Marvin Olaya

Este documento impreso se considera copia no controlada

11	Edinson de la Hoz	1102896774	Edinson
12	[illegible]	[illegible]	
13	JOSE D. [illegible] CONDE	1003045086	
14	Benjamin Antolinez	7729593	
15	Hernan Yargatin	87572166	
16	Franz Alejandro Arevalo	1001045759	
17	ARISMENDI TORRES	79829576	
18	Santiago Torres	1000128471	Santiago Torres
	Jose HERRERA	100297434	JOSE HERRERA
	GILBERTO AMAD	80362361	
	Darío Mendoza	1097775	

EBISU

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: FST-04
Versión: 00
Fecha: 15/03/2022

FECHA DIA 27 MES 01 AÑO 2020 **PERMISO DE TRABAJO Nº:** #4
LUGAR DE OPERACIÓN: colegio Bo.la Tore A y Tore B
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN: pulidora, sierra, Taladro pulidora, pluma Grua, palas, picas
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: estructura, Instalaciones electricas, Instalaciones Hidraulicas
EQUIPO QUE ELABORA EL Trabajadores, Inspectores, Residentes de obra

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
EXCAVACION MANUAL	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, DESHIDRATACION,	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
EXCAVACION MECANICA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	ACCIDENTES DE TRANSITO APLASTAMIENTOS ATRAPAMIENTOS DOLORES DE CABEZA, ESTRÉS, MOLESTIAS LUMBARES, DESHIDRATACION	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL - RELEVOS EN LA LABOR - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR
COMPACTACION DE TERRENO	FISICO BIOMECANICO QUIMICO CONDICIONES DE SEGURIDAD	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OIDOS, DESHIDRTACION, EXPOSICION A LLUVIAS, CAIDAS MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - HIDRATACION DUTANTE LA LABOR - RELEVOS EN LA LABOR
CORTE DE MADERA Y ACERO	MECANICO FISICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, AMPUTACIONES, ALERGIAS	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA LABOR
INSTALACION DE TUBERIA EN PVC Y RCI	FISICO BIOMECANICO MECANICO PSICOSOCIAL CONDICIONES DE SEGURIDAD	GOLPES, FRACTURAS, RASGUÑOS, ESTRÉS, DOLOR DE CABEZA, DOLORES LUMBARES, CAIDAS A MISMO Y DIFERENTE NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

Este documento impreso se considera copia no controlada

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
INSTALACIONES ELECTRICAS GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, CANSANCIO OCULAR, ESTRÉS, ELECTROCUCION O CONTACTO LEVE CON ENERGIA, CORTES, LACERACIONES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
AMARRE DE ACERO	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
INSTALACION DE FORMALETA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	MOLESTIAS LUMBARES, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, GOLPES, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ATRAPAMIENTOS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
FUNDIDA DE ESCALERAS Y ZONAS PUNTUALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO QUIMICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL , QUEMADURAS POR CONCRETO, ALERGIAS	USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL
ESENCOFRAR Y DESCIMBRAR ZONAS UNDIDAS	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, GOLPES, MACHUCONES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCION EN LA LABOR - PAUSAS ACTIVAS - CAPACITACION ESPECIAL AL PERSONAL

EBISU	**ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS**	**Código:** FST-04
		Versión: 00
		Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES	PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
REMATES GENERALES EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ASCENSO Y DESCENSO DE MATERIAL CON PLUMA GRUA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, DESHIDRATACION, GOLPES DE CALOR, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES, MUERTE	- USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS RELEVOS EN LA ACTIVIDAD - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD - INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR - USO CORRECTO DE LOS EPCC
ORDEN Y ASEO GENERAL EN OBRA	MECANICO CONDICIONES DE SEGURIDAD PSICOSOCIAL BIOLOGICO FISICO BIOMECANICO	LESIONES EN OJOS POR PROYECCION DE PARTICULAS, MOLESTIAS EN OIDOS, DOLOR DE CABEZA, CORTES, ESTRÉS, CAIDAS A DIFERENTE Y MISMO NIVEL, ACIDENTE DE TRANSITO, HONGOS, BACTERIAS, GOLPES, LACERACIONES, MACHUCONES	- USO PERMANENTE DE EPP - CAPACITACION PERSONALIZADA - PAUSAS ACTIVAS - RELEVOS EN ACTIVIDADES - PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD

FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco	☒	Guantes	☒	Mascara facial	☒	Lockout/Tagout	☐
Botas de seguridad	☒	Protección Respiratoria	☒	Chaleco reflectivo	☐	Permiso de Trabajo Requerido	☒

Este documento impreso se considera copia no controlada

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

SECUENCIA DE ACTIVIDADES		PELIGROS Y CONSECUENCIAS		RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES			
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 ( )	☐

EBISU	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	Código: FST-04 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

No	NOMBRES COMPLETOS	CEDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	Fausto Sanchez	5122996	
2	Hernan Yanguatin	87572106	
3	Pablo Alvarez Guerrero	1022352554	
4	Alexander Lopez	13563241	
5	Andres Felipe R	1216976666	
6	Eliezer Osorio	1063164092	
7	Jonathan Maite G.	1023893213	
8	WILLIAN ALEXANDER YAGUE	1.022937991	
9	Herman Pamplona	70466659	Herman Pc.
10	Ray Reyes Lopez	1003656243	Ray Reyes

11	Irina Altamiranda Guerra	50989201	Irina A.
12	Dénis Mendoza	1097777	
13	Ildo Caicedo	1044914028	Ildo C.
14	Frank Alejandro Arevalo	1001043259	
15	Benjamin Antolinez Quintero	1129593	Benja Anto
16	David Santiago Torres	1000128491	Santiago Torres
17	Jose Herrera	1002979434	Jose H
18	Jose D. Berrio	1003045086	
19	Enderson de la Hoz	1102896714	Enderson
20	Rafael G. Rincones R	1127394477	
21	Marvin Olaya	81946129	
22			

REGISTRO DE
ATS
PREOPERACIONALES
PERMISOS
SST -
SUBCONTRATISTAS

EUROLIFT

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Y TAREAS CRITICAS

Código: SG-SST-FOR-ELIFT
Versión 1
Fecha: 27 Agosto 2022
Pág. 1 de 3

DATOS GENERALES

Ciudad: Bogota
Sucursal: Bogotá
Nombre de la obra: Colegio Boito
Lugar específico del trabajo: Ascensores Bloque AB.
Corte de la actividad N°: 9
Fecha de inicio: 8 Enero 2025
Hora de inicio: 7:00am
Fecha de Cierre: 11 Enero 2025
Hora de Cierre: 5:00PM
Supervisor a cargo: Francisco [illegible]
Tipo de trabajo: Ajuste de ascensores
Se verificaron los puntos de anclaje por cada trabajador: SI X NO ___ Cuales?:
Descripción de la actividad o tarea: Ajuste y nivelacion de ascensores. instalacion de operador y accesorios.
Herramientas a utilizar: Herramienta Manual y herramienta eléctrica
Fecha pago seguridad social: 15/12/24
Nivel de Altura aproximada: 4,0mts.
Nivel de profundidad: 1,60 mts
Actividad rutinaria: SI X NO

¿En la labor a realizar necesita energías peligrosas? SI NO X

Muy Baja Tensión	Baja Tensión	Media Tensión	Alta Tensión
< a 25 V	> a 25V a 1000V	> a 1000 a 57,5 KV	>57,5 KV a 230 KV

¿El trabajo en alturas requiere combinación de otras actividades? Cual? (MARQUE CON X SEGÚN CORRESPONDA)

Trabajos eléctrico	Trabajo en alturas	Trabajo en Caliente	Izaje de carga	Excavación	Otro? Cual?
	X	X			

PERSONAL QUE EJECUTA O INTERVIENE EN LA ACTIVIDAD

VERIFICACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Marque SI / NO / NA según corresponda)

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	FIRMA	ARL	EPS	AFP	CCF
Jhon Jairo Rincon	1024547808	Técnico	Jhon	✓	✓	✓	✓
Daniel Steven Balboa	1005037285	Auxiliar		✓	✓	✓	✓

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

REGISTROS	SI	No	N.A	REGISTROS	SI	NO	N.A
Procedimiento de actividades	✓			Inspección preuso equipos para trabajo seguro en alturas	✓		
Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓			Plan de rescate para trabajo en alturas	✓		
Preuso de equipos y/o herramientas	✓			Pagos de seguridad social de todos los autorizados al día	✓		✓
Inspección sistemas de acceso	✓			El personal cuenta con el certificado coordinador			✓
Lista de chequeo trabajos eléctricos			✓	Certificado personal a realizar actividad en alturas competente	✓		
Lista de chequeo trabajos excavaciones			✓	Concepto Medico de aptitud (Apto).	✓		
Permiso para trabajos en caliente	✓			Otro:			✓
Lista de chequeo trabajo en alturas	✓			Otro:			✓

Seleccione con una x los elementos, equipos y demás aspectos a utilizar

SISTEMAS COLECTIVOS DE PREVENCIÓN

Señalización demarcación	Líneas Advertencia	Barandas	Control de acceso	Desniveles - huecos	Ayudante de seguridad	Otro: ¿cual?
✓	✓	N/A	✓	N/A	✓	N/A

EQUIPOS DE IZAJE

Wincher	Diferencial electrica o mecanica	Polea y manila	Otro: ¿cual?
N/A	N/A	N/A	

SISTEMAS DE ACCESO

Escalera de Extensión	Escalera tipo Tijera	Escalera Fija	Andamio Multidireccional	Andamio Tubular	Andamio tipo tijera	Plataformas	Otro: ¿cual?
—	—	—	—	—	—	✓	Plataforma ascensores

MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

Arnés cuerpo completo	Línea de vida Fija	Eslinga de posicionamiento	Arrestador	Punto de Anclaje portátil	Punto de anclaje fijo	Línea de vida portatil	Eslinga de detención doble brazo	Eslinga de restriccion	Eslinga para detención	Ascendedor	Descendedor	Mosquetón	Kit de rescate

OTROS EQUIPOS Y SISTEMAS REQUERIDOS PARA REALIZAR EL TRABAJO

Extintor Multipropósito	Botiquín primeros auxilios	Camilla de emergencia	Bloqueo y etiquetado	Reflectores para iluminacion	Kit Ambiental	Elementos de señalización	Medios de Comunicación	Otros: ¿cual?
✓	✓	—	—	—	—	✓	✓	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN

Casco con Barbuquejo	Gafas de seguridad	Protección auditiva	Protección Facial	Guantes	Protección respiratoria	Chaleco reflectivo	Overol cuerpo entero	Camisa Jean	Pantalón Jean	Calzado de seguridad	Otro: ¿cual?
✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA	N/A	✓	✓	✓	

Código: SG-SST-FOR-ELIFT

EUROLIFT

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Y TAREAS CRITICAS

Versión: 1
Fecha: 27 Agosto 202[illegible]
Hoja 1 de 3

LISTA DE CHEQUEO PERMISO DE TRABAJO

ITEM	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			Observaciones
FECHA	—			—			08-01-25			—			10-01-25			11-01-25			—			
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
Se realiza diligenciamiento de ATS							✓						✓			✓						
Se realiza diligenciamiento del permiso por el trabajador							✓						✓			✓						
Se realiza inspeccion de las herramientas							✓						✓			✓						
El personal cumple con las condiciones de aptitud para la actividad							✓						✓			✓						
El personal cuenta con equipo de protección definido para la tarea							✓						✓			✓						
El personal cuenta con equipos definidos para acceder al sitio							✓						✓			✓						
El equipo para acceder al sitio y los EPP fueron inspeccionados							✓						✓			✓						
Se verificó que las condiciones de trabajo son aptas para el personal.							✓						✓			✓						
El sitio donde se ejecuta el trabajo esta aislado y señalizado							✓						✓			✓						
Se han consultado todos los permisos y se cumplen con los requerimientos de estos							✓						✓			✓						
Se cuenta con eslinga de seguridad con absorbedor de caida									✓						✓			✓				
Las cuerdas estan libres de deshilachamientos e deterioro									✓						✓			✓				
Todos los trabajadores asociados a la actividad conocen los riesgos a los cuales estan expuestos.							✓						✓			✓						
Se utiliza sustancias químicas							✓						✓			✓						
Se realiza consulta de sustancias químicas utilizadas para el desarrollo de la actividad							✓						✓			✓						
Se tiene en cuenta las medidas necesarias y de prevención para el desarrollo de las actividades							✓						✓			✓						
Se realiza el diligenciamiento de permiso para trabajo en caliente							✓						✓			✓						
Los trabajadores cuentan con los EPP apropiados e individuales para desarrollar sus actividades.							✓						✓			✓						
El lugar de trabajo se encuentra en orden y aseo al iniciar las actividades.							✓						✓			✓						
Se verificaron las distancias seguras a líneas energizadas									✓						✓			✓				
Se cuenta con tarjetas en andamios.									✓						✓			✓				
Las condiciones climaticas son favorables							✓						✓			✓						

EUROLIFT	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Y TAREAS CRITICAS	Código: [illegible] Versión: [illegible] Fecha: 27 Agosto [illegible] Hoja [illegible]

CONDICIONES DE SALUD

ASPECTOS A EVALUAR	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo			Observaciones
	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	
¿Actualmente sufre de alguna enfermedad cronica ?								✓														
¿Tiene alguna enfermedad de condicion hereditaria?								✓														
¿Consume Constantemente cigarrillo, alcohol, otras sustancias?								✓														
¿Se considera en buen estado físico, emocional para ejecutar actividades?								✓														
¿Ha tomado algun medicamento en las ultimas 24 horas?								✓														
¿Cuenta usted con seguro medico?							✓															
¿Ha presentado sintomatologia de COVID - 19 los ultimos dias?								✓														

VERIFICACION DIARIA DEL PERMISO DE TRABAJO POR EL PERSONAL QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD

He entendido claramente el alcance y riesgos del trabajo, por lo tanto me comprometo a realizarlo con todas las medidas de seguridad establecidas por la compañía y las normas vigentes para prevenir algún incidente o accidente de trabajo, de igual manera manifiesto que estoy en optimas condiciones de salud para desempeñar el trabajo en altura, en constancia firmo el presente permiso.

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Jhon Jairo Rincon	1024547808	TECNICO							
Dancil Barbosa	1005037496	AUX. ILIAR							

OBSERVACIONES

Miercoles Mediodia, Viernes Medio dia, Sabado medio dia.

APROBACION DEL PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLES	FECHA	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	FIRMA
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO (SUPERVISOR A CARGO)				
PERSONA RESPONSABLE EN ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS (TECNICO A CARGO)	8/01/25	Jhon Jairo Rincon N.	1024547808	
COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS	8/01/25	Jhon Jairo Rincon N.	1024547808	
PERSONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	8-1-25	LorenaRodriguez	1032474893	LorenaR
Otro:				

VERIFICACION DIARIA DEL PERMISO DE TRABAJO POR EL PERSONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO (SUPERVISOR A CARGO)								
PERSONA RESPONSABLE EN ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS (TECNICO A CARGO)	Jhon Jairo R N							
COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS	Jhon Jairo R N.							
PERSONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	LorenaRodriguez			Lorena				
Otros:								

ANULACION O SUSPENSION DEL PERMISO DE TRABAJO

En caso de anulacion o cancelacion del permiso de trabajo, escriba la razon de anulacion o cancelacion y firme con nombre, cedula y cargo.

EUROLIFT

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Y TAREAS CRITICAS

Código: SG-SST-FOR [illegible]
Versión: 1
Fecha: 27 Agosto 2022
Hoja 1 de 3

DATOS GENERALES

Ciudad: Bogota	Sucursal: Bogotá	Nombre de la obra: Colegio Bosita	Lugar especifico del trabajo: Ascensores A y B	Corte de la actividad N°: 9
Fecha de Inicio: 13 enero 2025	Hora de Inicio: 7:00am	Fecha de Cierre: 18 enero 25	Hora de Cierre: 5:00 pm	Supervisor a cargo: Francisco Correa

Tipo de trabajo: Instalacion de ascensores Bloque A y B.

Se verifican los puntos de anclaje por cada trabajador: SI X NO ___ Cuales?:

Descripción de la actividad o tarea: Instalacion de operador, conexiones generales, pruebas de funcionamiento

Herramientas a utilizar: Herramienta de Mano / Herramienta electrica

Fecha pago seguridad social: 16/12/24

Nivel de Altura aproximada: 40 mts. Nivel de profundidad: 1,60 mts. Actividad rutinaria SI X NO

¿En la labor a realizar necesesita energias peligrosas? SI ___ NO X

Muy baja Tensión	Baja Tensión	Media Tensión	Alta Tensión
< a 25 V	> a 25V a 1000V	>a 1000 a 57,5 KV	>57,5 KV a 230 KV

¿El trabajo en alturas requiere combinación de otras actividades? Cual? [MARQUE CON X SEGÚN CORRESPONDA]

Trabajos eléctricos	Trabajo en alturas	Trabajo en Caliente	Izaje de carga	Excavación	Otro? ___ Cual?
—	X	X	—	—	—

PERSONAL QUE EJECUTA O INTERVIENE EN LA ACTIVIDAD

VERIFICACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Marque SI / NO / NA según corresponda)

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	FIRMA	ARL	EPS	AFP	CCF
Camilo Barbosa	1005037856	Auxiliar		X	X	X	X
Jhon Jairo Rincon	1074547808	Tecnico		✓	✓	✓	✓

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

REGISTROS	SI	No	N.A	REGISTROS	SI	NO	N-A
Procedimiento de actividades	✓			Inspección preuso equipos para trabajo seguro en alturas	✓		
Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓			Plan de rescate para trabajo en alturas	✓		
Preuso de equipos y/o herramientas	✓			Pagos de Seguridad social de todos los autorizados al día	✓		
Inspección sistemas de acceso	✓			El personal cuenta con el certificado de coordinador			✓
Lista de chequeo trabajos eléctricos			✓	Certificado personal a realizar actividad en alturas competente	✓		
Lista de chequeo trabajos excavaciones			✓	Concepto Medico de aptitud (Apto)	✓		
Permiso para trabajos en caliente	✓			Otros:			✓
Lista de chequeo trabajo en alturas	✓			Otro:			✓

Seleccióne con una X los elementos, equipos y demas aspectos a utilizar

SISTEMAS COLECTIVOS DE PREVENCIÓN

Señalización demarcación	Línea Advertencia	Barandas	Control de acceso	Desniveles - huecos	Ayudante de seguridad	Otro: ¿cual?
✓	NA	NA	✓	NA	✓	NA

EQUIPOS DE IZAJE

Wincher	Diferencial electrica o mecanico	Polea y manila	Otro: ¿cual?
NA	NA	NA	NA

SISTEMAS DE ACCESO

Escalera de Extensión	Escalera tipo Tijera	Escalera Fija	Andamio Multidireccional	Andamio Tubular	Andamio Colgante	Plataformas	Otro: ¿cual?
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Plataforma en ascensores

MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

Arnes cuerpo completo	Linea de vida Fija	Eslinga de posicionamiento	Arrestador	Punto de Anclaje portatil	Punto de anclaje fijo	Linea de vida portatil	Eslinga de detención doble brazo	Eslinga de restriccion	Eslinga para detención	Ascendedor	Descendedor	Mosquetón	Kit de rescate
✓	NA	NA	NA	NA	✓	NA	NA	NA	✓	NA	NA	NA	NA

OTROS EQUIPOS Y SISTEMAS REQUERIDOS PARA REALIZAR EL TRABAJO

Extintor Multiproposito	Botiquín primeros auxilios	Camilla de emergencia	Bloqueo y etiquetado	Reflectores para Iluminacion	Kit Ambiental	Elementos de señalización	Medios de Comunicación	Otro: ¿cual?
✓	✓	NA	NA	✓		✓	✓	NA

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION

Casco con Barbuquejo	Gafas de seguridad	Protección auditiva	Protección Facial	Guantes	Protección respiratoria	Chaleco reflectivo	Overol cuerpo entero	Camisa Jean	Pantalón Jean	Calzado de seguridad	Otro: ¿cual?
✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA	NA	✓	✓	✓	NA

EUROLIFT

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Y TAREAS CRITICAS

Versión: 1
Fecha: 27 Agosto 2022
Hoja 2 de 3

LISTA DE CHEQUEO PERMISO DE TRABAJO

ITEM	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			Observaciones
FECHA	13-01-25			14-01-25			15-01-25			16-01-25			17-01-25			18-01-25			——			
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
Se realiza diligenciamiento de ATS	✓			✓			✓			✓			✓									
Se realiza diligenciamiento del permiso por el trabajador	✓			✓			✓			✓			✓									
Se realiza inspeccion de las herramientas	✓			✓			✓			✓			✓									
El personal cumple con las condiciones de aptitud para la actividad	✓			✓			✓			✓			✓									
El personal cuenta con equipo de protección definido para la tarea	✓			✓			✓			✓			✓									
El personal cuenta con equipo definido para acceder al sitio	✓			✓			✓			✓			✓									
El equipo para acceder al sitio y los EPP fueron inspeccionados	✓			✓			✓			✓			✓									
Se verifica que las condiciones de trabajo son aptas para el personal	✓			✓			✓			✓			✓									
El sitio donde se efectua el trabajo esta aislado y señalizado	✓			✓			✓			✓			✓									
Se han consultado todos los permisos y se cumplen con los requerimientos de estos	✓			✓			✓			✓			✓									
Se cuenta con eslinga de seguridad con absorvedor de caida	✓			✓			✓			✓			✓									
Las cuerdas estan libres de deshilachamientos o deterioro			✓			✓			✓			✓			✓							
Todos los trabajadores asociados a la actividad conocen los riesgos a los cuales estan expuestos.	✓			✓			✓			✓			✓									
Se utiliza sustancias quimicas	✓			✓			✓			✓			✓									
Se realiza rotulacion de sustancias quimicas utilizadas para el desarrollo de la actividad	✓			✓			✓			✓			✓									
Se tiene en cuenta las medidas necesarias y de prevencion para el desarrollo de las actividades	✓			✓			✓			✓			✓									
Se realiza el diligenciamiento de permiso para trabajo en caliente	✓			✓			✓			✓			✓									
Los trabajadores cuentan con los EPP generales e individuales para el desarrollo de sus actividades.	✓			✓			✓			✓			✓									
El lugar de trabajo se encuentra en orden y aseo al iniciar las actividades.	✓			✓			✓			✓			✓									
Se verificaron las distancia segura a lineas Energizadas			✓			✓			✓			✓			✓							
Se cuenta con tarjeteo en candados.			✓			✓			✓			✓			✓							
Las condiciones climaticas son favorables	✓			✓			✓			✓			✓									

EUROLIFT

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Y TAREAS CRITICAS

Código: SE-SST-FOR-ELF
Versión: 1
Fecha: 27 Agosto 2023
Hoja 1 de 1

CONDICIONES DE SALUD

ASPECTOS A EVALUAR	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo			Observaciones
	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	
¿Actualmente sufre de alguna enfermedad cronica ?		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Tiene alguna enfermedad de condicion hereditaria?		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Consume Constantemente cigarrillo, alcohol, otras sustancias?		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se considera en buen estado fisico, emocional para ejecutar actividades?	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
¿Ha tomado algun medicamento en las ultimas 24 horas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
¿Cuenta usted con seguro medico?	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
¿Ha presentado sintomatologia de COVID - 19 los ultimos dias?		✓			✓			✓			✓			✓			✓					

VERIFICACION DIARIA DEL PERMISO DE TRABAJO POR EL PERSONAL QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD

He entendido claramente el alcance y riesgos del trabajo, por lo tanto me comprometo a realizarlo con todas las medidas de seguridad establecidas por la compañía y las normas vigentes para prevenir algún incidente o accidente de trabajo, de igual manera manifiesto que estoy en optimas condiciones de salud para desempeñar el trabajo en altura, en constancia firmo el presente permiso.

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Daniel Barrera	1005037786	auxiliar							
Jhon Jairo Rincon	1024547808	Tecnico							

OBSERVACIONES

APROBACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLES	FECHA	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	FIRMA
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO (SUPERVISOR A CARGO)	13/01/25	Andres Paramo	1033910365	
PERSONA RESPONSABLE EN ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS (TECNICO A CARGO)	13/01/25	Jhon Jairo Rincon	1024547808	
COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS	13/01/25	Jhon Jairo Rincon	1024547808	
PERSONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	13/01/25	Lorena Rodriguez Nossa	1032446503	Lorena
Otro:				

VERIFICACION DIARIA DEL PERMISO DE TRABAJO POR EL PERSONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO (SUPERVISOR A CARGO)	Andres Paramo							
PERSONA RESPONSABLE EN ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS (TECNICO A CARGO)	Jhon Jairo R. N.							
COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS	Jhon Jairo R. N.							
PERSONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Lorena Rodriguez							
Otro:								

ANULACION O SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

En caso de anulación o cancelación del permiso de trabajo, escriba la razón de anulación o cancelación y firme con nombre, cédula y cargo.

EUROLIFT

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Y TAREAS CRITICAS

Código: SG-SST-FOR-ELFT
Versión: 1
Fecha: 27 Agosto 2022
Hoja 1 de 3

DATOS GENERALES

Ciudad: Bogotá	Sucursal: Bogotá	Nombre de la obra: Colegio Boita	Lugar específico del trabajo: Ascensores Bloq A y B	Corte de la actividad N°: 9
Fecha de Inicio: 20 enero 2025	Hora de Inicio: 7:00am	Fecha de Cierre: 25 enero 25	Hora de Cierre: 5:30 pm	Supervisor a cargo: Francisco Correa

Tipo de trabajo: Instalación de ascensores

Se verificaron los puntos de anclaje por cada trabajador: SI X NO ___ Cuales?:

Descripción de la actividad o tarea: Ajustes de conexiones y Ajustes generales en ascensores para entrega.

Herramientas a utilizar: Herramienta manual y Herramienta eléctrica

Fecha pago seguridad social: 16/12/24

Nivel de Altura aproximada : 40 mts Nivel de profundidad: 1,60 mts Actividad rutinaria SI X NO

¿En la labor a realizar necesesita energías peligrosas? SI ___ NO X

Muy baja Tensión	Baja Tensión	Media Tensión	Alta Tensión
< a 25 V	> a 25V a 1000V	> a 1000 a 57,5 KV	>57,5 KV a 230 KV

¿El trabajo en alturas requiere combinación de otras actividades? Cual? (MARQUE CON X SEGÚN CORRESPONDA)

Trabajos eléctrico	Trabajo en alturas	Trabajo en Caliente	Izaje de carga	Excavación	Otro? ___ Cual?
NA	X	X	NA	NA	NA

PERSONAL QUE EJECUTA O INTERVIENE EN LA ACTIVIDAD

VERIFICACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Marque SI / NO / NA según corresponda)

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	FIRMA	ARL	EPS	AFP	CCF
[illegible] Barbosa	1005037286	AUX. [illegible]		✓	✓	✓	✓
Jhon Jairo R.N.	1074547808	Técnico		✓	✓	✓	✓

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

REGISTROS	SI	No	N.A	REGISTROS	SI	NO	N.A
Procedimiento de actividades	✓			Inspección preuso equipos para trabajo seguro en alturas	✓		
Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓			Plan de rescate para trabajo en alturas	✓		
Preuso de equipos y/o herramientas	✓			Pagos de Seguridad social de todos los autorizados al día	✓		
Inspección sistemas de acceso	✓			El personal cuenta con el certificado [illegible]			✓
Lista de chequeo trabajos eléctricos			✓	Certificado personal a realizar actividad en alturas competente	✓		
Lista de chequeo trabajos excavaciones			✓	Concepto Médico de aptitud (Apto).	✓		
Permiso para trabajos en caliente	✓			Otro:			✓
Lista de chequeo trabajo en alturas	✓			Otro:			✓

Seleccione con una x los elementos, equipos y demás aspectos a utilizar

SISTEMAS COLECTIVOS DE PREVENCIÓN

Señalización demarcación	Linea Advertencia	Barandas	Control de acceso	Desniveles - huecos	Ayudante de seguridad	Otro: ¿cual?
✓	NA	NA	✓	NA	✓	NA

EQUIPOS DE IZAJE

Wincher	Diferencial electrica o mecanica	Poleas y manila	Otro: ¿cual?
NA	NA	NA	NA

SISTEMAS DE ACCESO

Escalera de Extensión	Escalera tipo Tijera	Escalera Fija	Andamio Multidireccional	Andamio Tubular	Andamio tipo tijera	Plataformas	Otro: ¿cual?
NA	NA	NA	NA	NA	NA	✓	Plataforma de ascensores

MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

Arnes cuerpo completo	Linea de vida Fija	Eslinga de posicionamiento	Arrestador	Punto de Anclaje portatil	Punto de anclaje fijo	Linea de vida portatil	Eslinga de detencion doble brazo	Eslinga de restriccion	Eslinga para detención	Ascendedor	Descendedor	Mosquetón	Kit de rescate
✓	NA	NA	NA	NA	✓	NA	NA	NA	✓	NA	NA	NA	NA

OTROS EQUIPOS Y SISTEMAS REQUERIDOS PARA REALIZAR EL TRABAJO

Extintor Multipropósito	Botiquín primeros auxilios	Camilla de emergencia	Bloqueo y etiquetado	Reflectores para iluminacion	Kit Ambiental	Elementos de señalización	Medios de Comunicación	Otro: ¿cual?
✓	✓	NA	NA	NA	NA	✓	✓	NA

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACION

Casco con Barbuquejo	Gafas de seguridad	Protección auditiva	Protección Facial	Guantes	Protección respiratoria	Chaleco reflectivo	Overol cuerpo entero	Camisa Jean	Pantalón Jean	Calzado de seguridad	Otro: ¿cual?
✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA	NA	✓	✓	✓	NA

EUROLIFT

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Y TAREAS CRITICAS

Versión 1
Fecha: 22 Agosto 2022
Hoja 1 de 3

LISTA DE CHEQUEO PERMISO DE TRABAJO

ITEM	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			Observaciones
FECHA	20-01-25			21-01-25			22-01-25			23-01-25			24-01-25			25-01-25			26-01-25			
ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
Se realiza diligenciamiento de ATS	✓			✓			✓			✓												
Se realiza diligenciamiento del permiso por el trabajador	✓			✓			✓			✓												
Se realiza inspeccion de las herramientas	✓			✓			✓			✓												
El personal cumple con las condiciones de aptitud para la actividad	✓			✓			✓			✓												
El personal cuenta con equipo de proteccion definido para la tarea	✓			✓			✓			✓												
El personal cuenta con equipo definido para acceder al sitio	✓			✓			✓			✓												
El equipo para acceder al sitio y los EPP fueron inspeccionados	✓			✓			✓			✓												
Se verifica que las condiciones de trabajo son aptas para el personal.	✓			✓			✓			✓												
El sitio donde se ejecuta el trabajo esta aislado y señalizado	✓			✓			✓			✓												
Se han consultado todos los permisos y se cumplen con los requerimientos de estos	✓			✓			✓			✓												
Se cuenta con eslinga de seguridad con absorvedor de caida	✓			✓			✓			✓												
Las cuerdas estan libres de desfachamientos o deterioro			✓			✓			✓			✓										
Todas los trabajadores asociados a la actividad conocen los riesgos a los cuales estan expuestos.	✓			✓			✓			✓												
Se utiliza sustancias quimicas	✓			✓			✓			✓												
Se realiza rotulacion de sustancias quimicas utilizadas para el desarrollo de la actividad	✓			✓			✓			✓												
Se tiene en cuenta las medidas necesarias y de prevencion para el desarrollo de las actividades	✓			✓			✓			✓												
Se realiza el diligenciamiento de permiso para trabajo en caliente	✓			✓			✓			✓												
Los trabajadores cuentan con los EPP apropiados e individuales para el desarrollo de sus actividades.	✓			✓			✓			✓												
El lugar de trabajo se encuentra en orden y aseo al iniciar las actividades.	✓			✓			✓			✓												
Se verificaron las distancias seguras a lineas Energizadas			✓			✓			✓			✓										
Se cuenta con tarjetas enlaminadas			✓			✓			✓			✓										
Las condiciones climaticas son favorables	✓			✓			✓			✓												

EUROLIFT

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS Y TAREAS CRITICAS

Código: SG-SST-FOR-[illegible]
Versión 1
Fecha: 27 Agosto 2022
Hoja 1 de 2

CONDICIONES DE SALUD

ASPECTOS A EVALUAR	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo			Observaciones
	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	Si	No	Cual	
¿Actualmente sufre de alguna enfermedad cronica?		✓			✓			✓			✓											
¿Tiene alguna enfermedad de condicion hereditaria?		✓			✓			✓			✓											
¿Consume Constantemente cigarrillo, alcohol, otras sustancias?		✓			✓			✓			✓											
¿Se considera en buen estado fisico, emocional para ejecutar actividades?	✓			✓			✓			✓												
¿Ha tomado algun medicamento en las ultimas 24 horas?	✓			✓			✓			✓												
¿Cuenta usted con seguro medico?	✓			✓			✓			✓												
¿Ha presentado sintomatologia de COVID 19 los ultimos dias?		✓			✓			✓			✓											

VERIFICACION DIARIA DEL PERMISO DE TRABAJO POR EL PERSONAL QUE EJECUTA LA ACTIVIDAD

He entendido claramente el alcance y riesgos del trabajo, por lo tanto me comprometo a realizarlo con todas las medidas de seguridad establecidas por la compañía y las normas vigentes para prevenir algún incidente o accidente de trabajo, de igual manera manifiesto que estoy en optimas condiciones de salud para desempeñar el trabajo en altura, en constancia firmo el presente permiso:

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Daniel Barbosa	1005037986	Aux. Tec							
Jhon Rincon	1021547808	Tecnico							

OBSERVACIONES

APROBACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLES	FECHA	NOMBRE Y APELLIDOS	CÉDULA	FIRMA
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO (SUPERVISOR A CARGO)				
PERSONA RESPONSABLE EN ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS (TECNICO A CARGO)	20-1-23	Jhon Rincon	1021547808	
COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS	20-1-23	Jhon Rincon	1024547808	
PERSONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	20-1-23	Lorena Rodriguez	1032494803	Lorena
Otro:				

VERIFICACION DIARIA DEL PERMISO DE TRABAJO POR EL PERSONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO (SUPERVISOR A CARGO)								
PERSONA RESPONSABLE EN ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS (TECNICO A CARGO)	Jhon Rincon							
COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS	Jhon Rincon							
PERSONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Lorena Rodriguez	Lorena						
Otro:								

ANULACION O SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

En caso de anulación o cancelación del permiso de trabajo, escriba la razon de anulación o cancelación y firme con nombre, cédula y cargo.

EUROLIFT	SG-SST.FOR.ELIFT	Versión: No. 2
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE Y ELÉCTRICO	Fecha de aprobación:
		Pág 1 de

1. Generalidades

Fecha de apertura	8	04	25	Cierre de la actividad # 9	
Nombre de la obra:	Colegio Borda		Lugar específico del trabajo:		Nombre del supervisor responsable:
Ciudad:	Bogota		ascensores Bloque A y B		Francisco Correa

Trabajo a ejecutar / Descripción:
Ajuste y nivelación de ascensores
instalacion de operadores y accesorios.

No. de personas ejecutoras: 3

2. Tiempo estimado para la realización del trabajo

Desde	8	4	25	Horario de jornada laboral:
Hasta	11	4	25	7:00 a 5:00 pm.

3. Grupo a ejecutar el trabajo

Nombres y apellidos	Cédula número	Cargo	Firma
Jhon Jairo [illegible]	1034547808	Tecnico	
David steven Barbosa castillo	1005039206	AUX. Tecn	

4. Peligros propios de las actividades del trabajo asociado a la labor

Biologico	–	Químico	✓	Biomecánico	✓
Fisico	✓	Psicosocial	✓	Ambientales y naturales	✓
Mecanico	✓	Eléctrico	✓	Locativos	✓

5. Equipos y elementos de protección personal requeridos

Eslinga con absorbedor de energía	|	Botas de seguridad dieléctricas	✓	Guantes de soldador	|
Línea de vida	|	Casco de seguridad dieléctrico	✓	Ropa de trabajo	✓
Arnés de cuerpo completo	|	Barboquejo	✓	Peto de carnaza	|
Caucheras	✓	Careta de soldador	|	Protección respiratoria	✓

Nota: Todos los elementos deben ser inspeccionados antes de ser utilizados, inspeccionando fecha de fabricación, estado y certificación vigente.

Observaciones:

6. Lista de verificación de seguridad en sitio de trabajo - trabajo en caliente	SI	NO	N/A
1. El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables	✓		
2. Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas			✓
3. Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas	✓		
4. Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona	✓		
5. Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones	✓		
6. Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso.	✓		
7. Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención	✓		
8. El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado			✓
9. El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural	✓		
10. Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados			✓
11. Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas			✓
12. Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos			✓
13. La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas		✓	

[illegible] Lista de verificación de seguridad en sitio de trabajo / Trabajo eléctrico	SI	NO	NA
1. Se encuentra en buen estado y correcto funcionamiento las herramientas, equipos de medida, elementos de protección y equipos de seguridad	✓		
2. Se encuentran en buen estado las estructuras, soportes, accesos y sitios de trabajo	✓		
3. Permiten los factores externos efectuar el Trabajo con Seguridad (Trabajos Vecinos, Condiciones Atmosféricas, Iluminación)	✓		
4. Está el área limpia y libre de sustancias combustibles	✓		
5. Se verifica el NO uso de elementos conductores (relojes, anillos, joyas, etc.)	✓		
6. Fueron aplicadas las REGLAS DE ORO para trabajos en instalaciones y equipo eléctrico	✓		

REGLAS DE ORO:
1. Efectuar el corte visible de todas las fuentes de tensión - 2. Condenación o bloqueo - 3. Verificar ausencia de tensión en cada una de las fases - 4. Puesta a tierra y en cortocircuito de todas las posibles fuentes de tensión que inciden en la zona de trabajo. - 5. Señalizar y delimitar la zona de trabajo.

Nota: Si la respuesta a una o más preguntas es NO, indique las razones y las medidas que se tomarán para mantener un ambiente de trabajo seguro

[illegible] Autorización de actividad		
Andres Bejarano.	Omar Jairo Rincon Dept	
Nombre y firma de supervisor responsable	Nombre y firma técnico	Vo.Bo. De verificación de SS

8 enero 2025

EUROLIFT	SG-SST.FOR.ELIFT	Versión: No. 2
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE Y ELÉCTRICO	Fecha de aprobación:
		Pág 1 de

1. Generalidades

Fecha de apertura	13	04	25	Corte de la actividad # 1

Nombre de la obra	Colegio Boita	Lugar específico del trabajo	Nombre del supervisor responsable
Ciudad	Bogotá	Ascensores A y B	[illegible]

Trabajo a ejecutar (Descripción): Instalación de operador, conexiones generales, pruebas de funcionamiento.

No. De personas ejecutoras: 3

2. Tiempo estimado para la realización del trabajo

Desde	13	04	25	Horario de jornada laboral: 7:00 a 5:00 pm.
Hasta	18	04	25	

3. Grupo a ejecutar el trabajo

Nombres y apellidos	Cédula número	Cargo	Firma
Jhon Jairo Rincon Nope	[illegible]	Técnico	
Daniel Stiven Barbosa Castillo	[illegible]	Auxiliar	

4. Peligros propios de la ejecución del trabajo y asociado a la labor

Biológico	✓	Químico	✓	Biomecánico	✓
Físico	✓	Psicosocial	✓	Ambientales y naturales	✓
Mecánico	✓	Eléctrico	✓	Locativos	✓

5. Equipos y elementos de protección personal requeridos

Eslinga con absorbedor de energía	✓	Botas de seguridad dieléctricas	✓	Guantes de soldador	
Línea de vida		Casco de seguridad dieléctrico	✓	Ropa de trabajo	✓
Arnés de cuerpo completo	✓	Barbuquejo	✓	Peto de carnaza	✓
Capuchón	✓	Careta de soldador		Protección respiratoria	✓

Nota: Todos los elementos deben ser inspeccionados antes de ser utilizados, inspeccionando fecha de fabricación, estado y certificación vigente.

Observaciones:

6. Lista verificación de seguridad en sitio de trabajo (trabajo en caliente)

	SI	NO	NA
1. El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables	✓		
2. Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas	✓		
3. Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas	✓		
4. Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona	✓		
5. Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones	✓		
6. Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso.	✓		
7. Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención	✓		
8. El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado			✓
9. El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural	✓		
10. Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados			✓
11. Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas			✓
12. Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos			✓
13. La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas		✓	

Listado verificación de seguridad en sitio de trabajo trabajo eléctrico	SI	NO	N/A
1. Se encuentra en buen estado y correcto funcionamiento las herramientas, equipos de medida, elementos de protección y equipos de seguridad	✓		
2. Se encuentran en buen estado las estructuras, soportes, accesos y sitios de trabajo	✓		
3. Permiten los factores externos efectuar el Trabajo con Seguridad (Trabajos Vecinos, Condiciones Atmosféricas, iluminación)	✓		
4. Está el área limpia y libre de sustancias combustibles	✓		
5. Se verifica el NO uso de elementos conductores (relojes, anillos, joyas, etc.)	✓		
6. Fueron aplicadas las REGLAS DE ORO para trabajos en instalaciones y equipo eléctrico	✓		

REGLAS DE ORO:

1. Efectuar el corte visible de todas las fuentes de tensión -2. Condenación o bloqueo - 3. Verificar ausencia de tensión en cada una de las fases - 4. Puesta a tierra y en cortocircuito de todas las posibles fuentes de tensión que inciden en la zona de trabajo. - 5. Señalizar y delimitar la zona de trabajo.

Nota: Si la respuesta a una o más preguntas es NO, indique las razones y las medidas que se tomarón para mantener un ambiente de trabajo seguro

5. Autorización de actividad

Andrea Bocanegra	Jhon Jairo Rincon Nope	
Nombre y firma de supervisor responsable	Nombre y firma técnico	Vo.Bo. De verificación de SST

13/01/2025

EUROLIFT	SG-SST.FOR.ELIFT	Versión: No. 2
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE Y ELÉCTRICO	Fecha de aprobación:
		Pág 1 de

1. Generalidades

Fecha de apertura: 20 ene 2025 Corte de la actividad # 9

Nombre de la obra:	Colegio Bolívar	Lugar específico del trabajo:	Nombre del supervisor responsable:
Ciudad	Bogotá	Ascensores Bloq A+B.	Francisco Correa

Trabajo a ejecutar / Descripción: Ajustes a conexiones, pruebas, ajustes generales en ascensores para entrega

No. de personas ejecutoras: 2

2. Tiempo estimado para la realización del trabajo

Desde	20	01	25
Hasta	25	01	25

Horario de jornada laboral: 7:00 a 5:00 pm

3. Grupo a ejecutar el trabajo

Nombres y apellidos	Cédula número	Cargo	Firma
Jhon Javier [illegible] Vega	1015427808	Técnico	
Raul Stevan Barbosa Carrillo	1005039286	Auxiliar	

4. Peligros/riesgos de su ejecución del trabajo y asociado a la labor

Biológico	✓	Químico	X	Biomecánico	✓
Físico	X	Psicosocial	X	Ambientales y naturales	✓
Mecánico	X	Eléctrico	X	Locativos	✓

5. Equipos y elementos de protección personal requeridos

Eslinga con absorbedor de energía	|	Botas de seguridad dieléctricas	✓	Guantes de soldador	|
Línea de vida	|	Casco de seguridad dieléctrico	✓	Ropa de trabajo	✓
Arnés de cuerpo completo	|	Barbuquejo	✓	Peto de carnaza	|
Capuchón	✓	Careta de soldador	|	Protección respiratoria	✓

Nota: Todas los elementos deben ser inspeccionados antes de ser utilizados, inspeccionando fecha de fabricación, estado y certificación vigente.

Observaciones:

6. Listado verificación de seguridad permiso de trabajo y trabajo en caliente

	SI	NO	NA
1. El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables	✓		
2. Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas	✓		
3. Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas	✓		
4. Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona	✓		
5. Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones	✓		
6. Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso.	✓		
7. Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención	✓		
8. El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado			✓
9. El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural	✓		
10. Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados			✓
11. Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas	-		✓
12. Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos			✓
13. La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas		✓	

Lista de verificación de seguridad en el sitio de trabajo	SI	NO	NA
1. Se encuentra en buen estado y correcto funcionamiento las herramientas, equipos de medida, elementos de protección y equipos de seguridad	✓		
2. Se encuentran en buen estado las estructuras, soportes, accesos y sitios de trabajo	✓		
3. Permiten los factores externos efectuar el trabajo con Seguridad (Trabajos Vecinos, Condiciones Atmosféricas, Iluminación)	✓		
4. Está el área limpia y libre de sustancias combustibles	✓		
5. Se verifica el NO uso de elementos conductores (relojes, anillos, joyas, etc.)	✓		
6. Fueron aplicadas las REGLAS DE ORO para trabajos en instalaciones y equipo eléctrico	✓		

REGLAS DE ORO:

1. Efectuar el corte visible de todas las fuentes de tensión - **2.** Condenación o bloqueo - **3.** Verificar ausencia de tensión en cada una de las fases - **4.** Puesta a tierra y en cortocircuito de todas las posibles fuentes de tensión que incidan en la zona de trabajo. - **5.** Señalizar y delimitar la zona de trabajo.

Nota: Si la respuesta a una o más preguntas es NO, indique las razones y las medidas que se tomarán para mantener un ambiente de trabajo seguro

Autorización de actividad		
Andres Bejarano	Jhon Jairo Rincon N.	Rodriguez
Nombre y firma de supervisor responsable	Nombre y firma técnico	Vo.Bo. De verificación de SST

PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP- 061
FECHA: 02/01/2025
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolta
Serie No. 200460300478
Modelo: VAG2008
Marca: INGCO
Inspeccionado por: Diego Javier Vega
Periodo: del 01 al 31 de Enero
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)																														C	C	
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE																														C	C	
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS																														C	C	
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA																														C	C	
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO																														C	C	
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS																														C	C	
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO																														C	C	
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO																														C	C	
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA																														C	C	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (8500-15000)																														C	C	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA																														C	C	
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)																														C	C	
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR																														C	C	
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS																														C	C	
ESTADO DEL DISCO																														C	C	

Convenciones: **C**: Cumple **NC**: No Cumple. **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo:	
Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:	
Documentos del Operador	Registro/Cédula de Ciudadanía 1005363076
	Afiliación EPS: Sanitas
	Afiliación ARL: SURA
Aprobado	SI ☑ NO ☐ Con restricción

INSPECCIONADO POR: Diego Javier Vega

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.

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP- 061
FECHA: 02/01/2025
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bosto
Serie No. 2004603003 18
Modelo: (56/07 2015 / 22 m) UA4 2008
Marca: (Bencon electric) 2020 0
Inspeccionado por: amilkar mache
Periodo: del 01 al 31 de Enero
Equipo No. 4

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 CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES CABLES, TOMAS)																												C	C	C		
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE																												C	C	C		
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS																												C	C	C		
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA																												C	C	C		
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO																												C	C	C		
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS																												C	C	C		
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO																												C	C	C		
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO																												C	C	C		
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA																												C	C	C		
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM [illegible]																												C	C	C		
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA																												C	C	C		
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)																												C	C	C		
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR																												C	C	C		
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS																												C	C	C		
ESTADO DEL DISCO																												C	C	C		

Firma del Operador responsable del equipo:	x
Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:	
Documentos del Operador	Registro/Cedula de Ciudadania: PPT 1720693
	Afiliación EPS: Famisanar
	Afiliación ARL: SURA
Aprobado	SI ☑ NO ☐ Con restricción ☐

INSPECCIONADO POR: amilkar mache

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.

PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP- 061
FECHA: 02/01/2025
VERSION: 01

Proyecto

Inspeccionado por: Edgardo Zambrano

Serie No: E306649016
Modelo: VAY200 18
Marca: INGCO

Periodo : del 01 al 3 de Enero
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)																			C		C	C	C									
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE																			C		C	C	C									
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS																			C		C	C	C									
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA																			C		C	C	C									
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO																			C		C	C	C									
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS																			C		C	C	C									
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO																			C		C	C	C									
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO																			C		C	C	C									
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA																			C		C	C	C									
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (8500-15000)																			C		C	C	C									
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA																			C		C	C	C									
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)																			C		C	C	C									
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR																			C		C	C	C									
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS																			C		C	C	C									
ESTADO DEL DISCO																			C		C	C	C									

Convenciones: **C**: Cumple **NC**: No Cumple. **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo: Edgardo Zambrano M

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador
Registro Cedula de Ciudadana: 1043567669
Afiliación EPS: Salud total
Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI ☑ NO ☐ Con restricción

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Edgardo Zambrano

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

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

Edgardo Zambrano
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.

PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA	CODIGO: SST-CAP-061 FECHA: 02/01/2025 VERSION: 01

Proyecto: Colegio Berta
Serie No.
Modelo: MOQ20
Marca: thalita
Inspeccionado por: Jefi perez
Periodo: del 01 al 31 de Enero
Equipo No.

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 ELÉCTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (8000-10000)									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ABED, ETC.)									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
SE HAN INSTALADO BARRERAS NO AISLAMIENTOS APROPIADOS									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
ESTADO DEL DISCO									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	

Convenciones: **C**: Cumple **NC**: No Cumple. **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo:	Jefri Perez
Vo.Bo. SUPERVISOR SST:	Gian Fernandez
Documentos del Operador	Registro/Cedula de Ciudadania:
	Afiliación EPS:
	Afiliación ARL:
Aprobado	SI ☐ NO ☐ Con restricción

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Jefi perez

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

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

Jefri Pe
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.

CODIGO: SST-CAP- 061
FECHA: 02/01/2025
VERSION: 01

FORMATO DE INSPECCION DE PULIDORA

Marca: INGCO

Proyecto: Colegio Baik
Serie No. 2323734240
Modelo: AG220018

Inspeccionado por: Manuel Cañaveral
Periodo: del 01 al 31 de Enero
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 CONEXIÓN ELECTRICA EXTENSIONES, CABLES TOMAS			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (6000-10000)			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
SE UTILIZA ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C	C		
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C			
ESTADO DEL DISCO			C	C				C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C		C	C			

Firma del Operador responsable del equipo:

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

INSPECCIONADO POR: Manuel Cañaveral

Documentos del Operador:
Registro/Cedula de Ciudadania ✓
Afiliación EPS
Afiliación ARL

Aprobado: Si ☐ NO ☐ Con restricción

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

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

PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP- 061
FECHA: 02/01/2025
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolsa
Serie No.:
Modelo: UAY 2000
Marca: [illegible]
Inspeccionado por: luis chacon
Periodo: del 01 al 31 de Enero
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)											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (8500-13000)											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LA TAREA											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ABBO, ETC.)											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
ESTADO DEL DISCO											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	

Convenciones: **C**: Cumple **NC**: No Cumple, **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo:		
Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:	Gio Fernandez	
Documentos del Operador	Registro/Cedula de Ciudadania:	1007 732 123
	Afiliación EPS:	Nueva EPS
	Afiliación ARL:	SUrA
Aprobado	SI ☑ NO ☐	Con restricción

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Luis Chacon

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

FIRMA ING. RESIDENTE

Gio
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.

	PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA	CODIGO: SST-CAP- 061
		FECHA: 02/01/2025
		VERSION: 01

Proyecto: Colegio Botta
Serie No. 232874280
Modelo: VAY 20018
Marca: Iucco

Inspeccionado por: Edison Rodriguez
Periodo: del 12 al 31 de Enero
Equipo No.

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 CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)										C	C																					
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE										C	C																					
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS										C	C																					
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA										C	C																					
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO										C	C																					
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS										C	C																					
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO										C	C																					
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO										C	C																					
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA										C	C																					
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM ([illegible])										C	C																					
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA										C	C																					
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.)										C	C																					
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR										C	C																					
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS										C	C																					
ESTADO DEL DISCO										C	C																					

Convenciones: **C:** Cumple **NC**: No Cumple, **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo: Edison Rodriguez

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador:
Registro/Cedula de Ciudadania: 1112571853
Afiliacion EPS
Afiliacion ARL

Aprobado: SI ☐ NO ☐ Con restricción

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Edison Rodriguez

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	Edison Rodriguez	19		29	
10	Edison Rodriguez	20		30	
				31	

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.

PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP-[illegible]
FECHA: [illegible]
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bethe
Serie No: 232872/670
Modelo: DB3 220018
Marca: 352020
Inspeccionado por: Herson erazo
Periodo: del 01 al 31 de Enero
Equipo No:

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 CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)												C																				
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE												C																				
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS												C																				
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA												C																				
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO												C																				
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS												C																				
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO												C																				
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO												C																				
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA												C																				
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (REVOLUCIONES)												C																				
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA												C																				
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ABED, ETC)												C																				
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR												C																				
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS												C																				
ESTADO DEL DISCO												C																				

Convenciones: C: Cumple **NC**: No Cumple, **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo:	Herson Erazo
Vo.Bo. SUPERVISOR SST:	Gian fernandez
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadania	30 223 347
Afiliación EPS	Salud total
Afiliación ARL	Sura
Autorizado:	SI ☑ NO ☐ Con restricción:

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Herson erazo

1	11 Herson erazo	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 DEL RESIDENTE

Gian
SUPERVISOR SST

Herson Erazo
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-[illegible] FECHA: [illegible] VERSION: 01

Proyecto: Colegio [illegible]   Serie No: 23287 390242   Modelo: [illegible]   Marca: [illegible]

Inspeccionado por: Sebastian montenegro   Periodo: de 01 a 31 de Enero   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)			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (8500-15000)			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ABBO, ETC.)			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
ESTADO DEL DISCO			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														

Firma del Operador responsable del equipo:	Sebastian M.
Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:	
Documentos del Operador	Registro/Cedula de Ciudadania: 1010360 823 Afiliación EPS: Nueva EPS Afiliación ARL: SURA
Aprobado:	SI ☑ NO ☐ Con restricción ☐
OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:	

INSPECCIONADO POR: Sebastian M

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

FIRMA DEL 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: 02/01/2026
VERSION: 01

Proyecto: Celligu Baito
Serie No.: 3004603007-8
Modelo: U9 LOB I
Marca: [illegible]
Inspeccionado por: Oscar Herrera
Periodo: del 01 a 31 de Enero
Equipo No.:

DESCRIPCION	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 CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS)			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
ESTADO GENERAL DE LA CARCASA			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM [illegible]			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ABEO ETC.)			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
ESTADO DEL DISCO			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														

Firma del Operador responsable del equipo:
Vo.Bo. SUPERVISOR SST:

INSPECCIONADO POR: N Oscar Herrera

Documentos del Operador:
Registro/Cedula de Ciudadania: 2.864.109 PPT
Afiliación EPS: Salud total
Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI ☑ NO ☐ Con restricción ☐

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

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN

FIRMA DEL RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

PRE-OPERACIONAL COMPRESOR DE AIRE

CODIGO: [illegible]
FECHA: [illegible]
VERSION: 01

Serie No.: 2306249818
Modelo: VAy 200018
Marca: 3210CO

Proyecto: Colegio Bonita
Inspeccionado por: Edgardo Zambrano
Periodo: del 0 al 3 Diciembre/Enero
Equipo No.:
Mes: Enero

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 verifica Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de las ruedas de traslado																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado del cilindro de aire																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Funcionamiento del motor																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de la válvula reguladora																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Funcionamiento del manómetro																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Funcionamiento del motor de accionamiento																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado del Chasis y resguardo																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	

Convenciones: C: Cumple NC: No Cumple NA: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

INSPECCIONADO POR: Edgardo Zambrano

Firma del Operador responsable del equipo: Edgardo Zambrano Mejía
Vo.Bo. SUPERVISOR SST: Ever Fernández
Documentos del Operador:
Registro/Documento Ciudadanía: [illegible]650
Afiliación EPS: Salud Total
Afiliación ARL: Sura
SI ☑ NO ☐
Acciones:
OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN

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

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

Edgardo Zambrano
OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional [illegible] ÚNICAMENTE el OPERADOR de la máquina. En caso de [illegible] SUPERVISOR [illegible]

PRE-OPERACIONAL COMPRESOR DE AIRE

CODIGO: [illegible]
FECHA: [illegible]
VERSION: 01

Proyecto: Balizju Barba
Serie No: N.A
Modelo: N.A
Marca: JR
Inspeccionado por: Manuel Carvajal
Periodo: del 01 al 31 de Enero
Equipo No:

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 verifica Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C			C	C	C	
Estado de las ruedas de traslado			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C			C	C	C	
Estado del cilindro de aire			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C			C	C	C	
Funcionamiento del motor			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C			C	C	C	
Estado de la válvula reguladora			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C			C	C	C	
funcionamiento del manómetro			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C			C	C	C	
funcionamiento del motor de accionamiento			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C			C	C	C	
Estado del Chasis y resguardo			C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C	C	C			C	C	C	

Convenciones: C: Cumple **NC**: No Cumple **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo:
Vo.Bo. SUPERVISOR SST:
Documentos del Operador: Registro/Cédula de Ciudadanía / Afiliación EPS / Afiliación ARL
Aprobado: SI ☐ NO ☐ Con restricción
OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Manuel Carvajal

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

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

PRE-OPERACIONAL COMPRESOR DE AIRE

CODIGO: SST-CAP-[illegible]
FECHA: [illegible]
VERSION: 01

Proyecto: edificio zalta
Serie No: NA
Modelo: NA
Marca: JR
Inspeccionado por: Sebastian Montenegro
Periodo: del 01 al 31 de Enero
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 Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
Estado de las ruedas de translado			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
Estado del cilindro de aire			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
Funcionamiento del motor			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
Estado de la valvula reguladora			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
funcionamiento del manometro			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
funcionamiento del motor de accionamiento			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														
Estado del Chasis y resguardo			C	C	C			C		C	C	C	C	C	C	C	C	C														

Convenciones: C: Cumple **NC**: No Cumple **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario

Firma del Operador responsable del equipo: Sebastian M.
Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:
Documentos del Operador:
Registro/Cedula de Ciudadania: 1010 760 823
Afiliación EPS: NUEVA EPS
Afiliación ARL: SURA
Aprobado: SI ☑ NO ☐ Con restricción ☐

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Sebastian M.

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

FIRMA DEL 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 deba informarle a su SUPERVISOR quien tomara la decision mas segura.

PRE-OPERACIONAL COMPRESOR DE AIRE

CODIGO: [illegible]
FECHA: [illegible]
VERSION: 01

Proyecto: Colegio [illegible]
Inspeccionado por: Cesar Herrera
Serie No: N/A
Modelo: N/A
Marca: 3R
Periodo: del 01 al 31 de Enero
Equipo No:

DESCRIPCION	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 Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
Estado de las ruedas de translado			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
Estado del cilindro de aire			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
Funcionamiento del motor			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
Estado de la valvula reguladora			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
funcionamiento del manometro			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
funcionamiento del motor de accionamiento			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														
Estado del Chasis y resguardo			C	C				C	C	C				C	C	C	C	C														

Convenciones: C: Cumple **NC**: No Cumple, **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo:

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA: Gio

Documentos del Operador:
Registro/Cedula de Ciudadania: 2464149771
Afiliación EPS: Salud total
Afiliación ARL: Sura

Aprobado: Si ☑ NO ☐ Con restricción

INSPECCIONADO POR: Cesar Herrera

[redacted]

[redacted]

[redacted]

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN

FIRMA ING. RESIDENTE

Gio
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.

CAP	**REGISTRO ASISTENCIA**	CODIGO: SST-CAP-002 FECHA: 20/02/2023 VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 28 MES 1 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cual?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL	✓			Zona b
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: uso correcto de EPP'S y ¿Que es un Equipo de Proteccion contra caidas?

REALIZADA POR: Calan fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Jefri Johan Perez salcedo	Soldador	1003782216	Jefri Perez
2	HENDRICK JAVIER LAGROPUERTA	AYUDANTE	1066805135	Hendrick
3	Carlos Perez	Jefe	98652314	
4	Manuel Coronado	Ayudante	111498425	
5	Luis Chacon	Soldador	1007352125	
6	Edgardo Zambrano B	ayudante	1043669566 CI	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

CAP	**REGISTRO ASISTENCIA**	CODIGO: SST-CAP-002
		FECHA: 20/02/2023
		VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 28 MES 1 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cuál?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL	/			torre 5
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				
GIMNASIA LABORAL (PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: Prevencion Enferme de la piel

REALIZADA POR: Gian Fernandez CARGO O EMPRESA: Co P CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Jeir Johan Perez Salcedo	1003222316	1003222316	Jeir Perez
2	HENDRICK JAVIER GRUACOR DUARTE	1066185175	AYUDANTE	Hendricks
3	Carlos Perez	78651314	78.651314	
4	Manuel Carvajal M	Ayudante	111478921	
5	Luis Chacon	soldador	1069772125	
6	Edgardo [illegible]	ayudante	1043667669	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD ______________

CAP	**REGISTRO ASISTENCIA**	CODIGO: SST-CAP-002
		FECHA: 20/02/2023
		VERSION: 01

ACTIVIDAD		TEMA		FECHA
INDUCCIÓN		OTRA		DIA 28 MES 1 AÑO 2025
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO		Cuál?		REALIZADO EN:
CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL	✓			Torre 6
CONFERENCIA - VIDEO-TALLER				INTENSIDAD HORARIA
BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS				
GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS)				MATERIAL ENTREGADO
REUNIÓN				

Nota: Marque con una (X) el tipo de actividad y el tema, diligencie todos los espacios según la actividad realizada.

TEMA: Seguridad en trabajo en andamios

REALIZADA POR: Gian Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

Nº	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	DOCUMENTO	FIRMA
1	Perez Salcedo Jeri Johan	Soldador	1003[illegible]226	Jeri Perez
2	Hendrick Javier Valero	Ayudante	1064805135	Hendrick
3	Carlos Perez	Tecnico	98652314	
4	Manuel Carvajal M.	Ayudante	1114[illegible]	
5	Luis Chacon	Soldador	1007772125	
6	Gerardo [illegible]	ayudante	104[illegible]	Gerardo
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CÓDIGO: [illegible]
Fecha: [illegible]
VERSIÓN: [illegible]

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: armado y fabricacion de estructura metalica
Lugar: colegio Bolív
Duración estimada: 7 Dias
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo:

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	EPS SI	EPS NO	ARL SI	ARL NO	CONSTANCIA CAPACITACIÓN SI	CONSTANCIA CAPACITACIÓN NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Lizardo Zambrano ZH	1043667669	/		/		/		27al01	Lizardo ZH
2	Luis Chacon	1003777125	/		/		/		27al01	
3	Jein Perez	1003132286	/		/		/		27al01	Jein Perez
4	Angelica Michel	21066494	/		/		/		27al01	
5	Angel Coronel	11478421	/		/		/		27al01	
6	Diego Javier Vega	1005365076	/		/		/		27al01	Diego
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Lizardo ZH	1043667669	X			X		X		X		X	X			
Luis Chacon	1003772125	X			X		X		X		X	X			
Jein Perez	1003132286	X			X		X		X		X	X			
Angelica Mich	2106640V	X			X		X		X		X	X			
~~Luis Chacon~~	~~1003772125~~														

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Angel C.	11478421	X			X		X		X		X	X			
Lizardo ZH	1043667669	X			X		X		X		X	X			
Angelica M.	21066496	X			X		X		X		X	X			Jein Perez
Jein Perez	1003132286	X			X		X		X		X	X			
Luis Chacon	1003777125	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Angelica Mic	21066494	X			X		X		X		X	X			
Angel C.	11478421	X			X		X		X		X	X			
Luis Chacon	1003777125	X			X		X		X		X	X			Lizardo ZH
Lizardo ZH	1043667669	X			X		X		X		X	X			
Jein Perez	1003788286	X			X		X		X		X	X			
Diego Vega	1005365076	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES															
Nombre	Cedula	¿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 usted pueda afectar su actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Edgardo [illegible]	[illegible]	✓			✓		✓		✓		✓	✓			
Luis [illegible]	[illegible]	✓			✓		✓		✓		✓	✓			
[illegible]	[illegible]	✓			✓		✓		✓		✓	✓			
Diego Vega	[illegible]	✓			✓		✓		✓		✓	✓			
[illegible]	[illegible]	✓			✓		✓		✓		✓	✓			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES															
Nombre	Cedula	¿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 usted pueda afectar su actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO															
Nombre	Cedula	¿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 usted pueda afectar su actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO															
Nombre	Cedula	¿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 usted pueda afectar su actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

	Requerido Si	Requerido No	V
Ventilación			
El área de trabajo necesita ser/ha sido verificada	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vías		✓	
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, seguras, no resbalosas	✓		
Extintores adicionales	✓		
El equipo ha sido:			
Desenergizado	✓		
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	✓		
Candado y etiquetado	✓		
Otros, Cual?			
Revisar:			
Área en busca de material combustibles			
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos	✓		
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa	✓		
Dispositivos (lámparas/portátiles protectores)	✓		
Vías asfaltadas, calibrado y buen estado			

Otras precauciones, Cuales? ____________

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:	Requerido Si	Requerido 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 ____________

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
27-01-2023	7:00AM	1-02-23	5:30

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.

Responsable SST/Vigía HSE o Coordinador trabajo en Alturas (CAP)

Yo he leído y entendido 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.

Jeli Perez

Responsable del trabajo o ejecutante (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)	☐	☐
Otros, Cuales? ____________	☐	☐

Observaciones ____________

[redacted]	**PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE**	CÓDIGO: [illegible] Fecha: [illegible] VERSIÓN [illegible]

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: armado y fabricación de Estructura metálica

Lugar: Colegio Bolívar

Duración estimada: 7 Días

Número de personas en el trabajo:

Altura aproximada: 20 m

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS NO	ARL SI	ARL NO	CONSTANCIA CAPACITACIÓN SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Luis Chacón	1007772125	/		/		/			
2	Edgardo Zambrano	1043[illegible]	/		/		/			
3	Manuel Carvajal	1114782[illegible]	/		/		/			
4	Pérez Solleras Jeli [illegible]	1003128260	/		/		/			
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DÍA LUNES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que usted pueda afectar su actividad de trabajo? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Luis Chacón	1007772125	X			X		X		X		X	X			
Edgardo ZM	1043667[illegible]	X			X		X		X		X	X			
Manuel C.	1114782[illegible]	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DÍA MARTES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que usted pueda afectar su actividad de trabajo? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Manuel C.	1114782[illegible]	X			X		X		X		X	X			
Jeli Pérez	1003128[illegible]	X			X		X		X		X	X			
Luis Chacón	1007772125	X			X		X		X		X	X			
Edgardo ZM	1043[illegible]	X			X		X		X		X	X			
Jeli Pérez	1003128260	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DÍA MIÉRCOLES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que usted pueda afectar su actividad de trabajo? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Edgardo ZM	1043662069	X			X		X		X	NO	X	X			Edgardo ZM
Jeli-Pérez	1003128260	X			X		X		X	X	X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que siente pueda afectar su actividad de soldadura? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Manuel C.	1111478421	X			X		X		X		X	X			
Edgardo 2M	104356 [illegible]	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que siente pueda afectar su actividad de soldadura? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Manuel C.	1111478421	X			X		X		X		X	X			
Luis Schagón	100337[illegible]	X			X		X		X		X				
Edgardo 2M	104356[illegible]	X			X		X		X		X	X			
Jeiri Perez	1003782226	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que siente pueda afectar su actividad de soldadura? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Manuel C.	1111478421	✓			X		X		X		X	X			
Luis Diago	100337[illegible]	X			X		X		X		X	X			
Edgardo 2M	10435[illegible]	X			X		X		X		X	X			
Jeiri Perez	1003782226	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que siente pueda afectar su actividad de soldadura? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

[illegible]

Otras precauciones, Cuales? ____________

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

[illegible]

Prueba Requerida
Prueba de Gases

[illegible]

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

REVOCACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
10-01-2025	7:00 AM	25-01-25	5:30

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

FIRMAS

[illegible]

Responsable SST/Vigía SST o coordinador trabajo en Alturas (CAP)

[illegible]

Jesu Perez

Responsable del trabajo o ejecutante (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

Pulidora
Equipo para soldar
Taladro magnetico

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 y aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otros, Cuales? ____________	☐	☐
	☐	☐

Observaciones ____________

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

[illegible]

Trabajo a realizar: armado de estructura metalica y fabricacion
Lugar: colegio Berta
Tiempo estimado: 7 días
Número de personas en el trabajo:
Altura aproximada: 20 m

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS NO	ARL SI	ARL NO	CONSTANCIA CAPACITACIÓN SI	NO	FECHA	FIRMA TRABAJADOR
1	Cesar Herrera	2464719	✓		✓		✓		[illegible]	
2	Sebastian Montenegro	[illegible]	✓		✓		✓		[illegible]	Sebastian M.
3	Jeff Perez Jeff R.	[illegible]	✓		✓		✓		[illegible]	Jeff Jan
4	[illegible]	1114784121	✓		✓		✓		[illegible]	
5	Luis Chocan	1003372125	✓		✓		✓		[illegible]	
6	Augusto [illegible] H	1043[illegible]								Augusto [illegible]
7										
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

Nombre	Cedula	¿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 usted pueda afectar su actividad de soldadura?	En términos generales ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?	observaciones	firma
Cesar Herrera	2464149	X	X	X	X	X	X		
Sebastian M	1010960823	X	X	X	X	X	X		Sebastian M
Jeff Pérez	1003522886	X	X	X	X	X	X		Jeff
Manuel C.	1114784121	X	X	X	X	X	X		
Luis Chocan	1007372125								

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

Nombre	Cedula	¿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 usted pueda afectar su actividad de soldadura?	En términos generales ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?	observaciones	firma
Luis Chocan	1007372126	X	X	X	X	X	X		
Manuel C.	1114784121	X	X	X	X	X	X		
Sebastian M	1010960823	X	X	X	X	X	X		Sebastian M
Cesar Herrera	2464149	X	X	X	X	X	X		
Jeff Pérez	1003522836	X	X	X	X	X	X		

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

Nombre	Cedula	¿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 usted pueda afectar su actividad de soldadura?	En términos generales ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?	observaciones	firma
Sebastian M	1010960823	X	X	X	X	X	X		Sebastian M
Manuel C.	1114784121	X	X	X	X	X	X		
Luis Chocan	1007372126	X	X	X	X	X	X		
Cesar Herrera	2464149	X	X	X	X	X	X		

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

Nombre	Cedula	¿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 pueda afectar su actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Sebastian M	1010960823	X			X		X		X		X	X			Sebastian M.
Cesar Herrera	8464149	X			X		X		X		X	X			
[illegible]	1002772215	X			X		X		X		X	X			
Murat C.	1114778421	X			X		X		X		X	X			
Jeir Perez	1005323776	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

Nombre	Cedula	¿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 pueda afectar su actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Murat C.	1114778421	X			X		X		X		X	X			
Cesar H	2464149	X			X		X		X		X	X			
Sebastian M	1010960823	X			X		X		X		X	X			Sebastian M.

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

Nombre	Cedula	¿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 pueda afectar su actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Murat C.	1114778421	X			X		X		X		X	X			
[illegible]	1002772121	X			X		X		X		X	X			
[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X	X			
Jeir P	[illegible]	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

Nombre	Cedula	¿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 pueda afectar su actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

[illegible]

El equipo fue:

[illegible]

Cerrado y rotulado

Otros, Cual? ____________________

[illegible]

Otras precauciones, Cuales? ____________________

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

[illegible]

Otros EPP, Cuales?

Prueba Requerida
Prueba de Gases

[illegible]

Fecha ____________________
Hora ____________________
Método de Prueba 11
Tipo de Gas ____________________
Nivel de Concentración 14
Responsable ____________________

INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA
13-01-2025	7:00AM	18-01-25	2:30

DESDE (DIA)	HORA	HASTA (DIA)	HORA

FIRMAS

[illegible]

[illegible]

Jerri Perez

Responsable del trabajo a ejecutar (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

[illegible]
Equipo Para Soldar
Taladro magnetico

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

RECURSOS A UTILIZAR

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

REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme*
	☐	☐
Orden y aseo	☐	☐
Manejo de residuos	☐	☐
[illegible]	☐	☐
Otros, Cuales?	☐	☐

Observaciones:

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CÓDIGO: SST-CAP-014
Fecha: [illegible]
VERSIÓN 02

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: armado de estructura metalica y fabricacion
Lugar: Colegio Borja
Duración estimada: 6 Dias
Número de personas en el trabajo:
Altura aproximada: 20 m

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	CONSTANCIA CAPACITACIÓN SI	CONSTANCIA CAPACITACIÓN NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Cesar Herrera	2464149	✓		✓		✓		Jul 11	
2	Manuel [illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		Jul 11	
3	Sebastian Montenegro	1010960823	✓		✓		✓		Jul 11	Sebastian M.
4	[illegible]	100322[illegible]								[illegible]
5	Edwin Rodriguez	111857857								Edwin Rodriguez
6	Luis [illegible]	[illegible]								
7	Herson Erazo	[illegible]	X		X		✓			
8										
9										
10										

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Cesar Herrera	2464149	X		X			X		X		X	X		Naproxeno	
Manuel [illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X	X			
Sebastian M	1010960823	X			X		X		X		X	X			Sebastian M

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

Nombre	Cedula	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud. que su estado de salud es bueno? SI	NO	observaciones	firma
Manuel G.	111478422	X			X		X		X		X	X			
Cesar Herrera	2464149	X			X		X		X		X	X			
Jeh Jeh	1003222[illegible]	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

Nombre	Cedula	¿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 actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Manuel C.	1114478421	X			X		X		X		X	X			
Sebastian M	1010760823	X			X		X		X		X	X			Sebastian M.
Cesar Herrera	14641499	X			X		X		X		X	X			Cesar.
Jeli Pur	10036226	X			X		X		X		X	X			Jeli Pur
Rosion rodriguez	1118578853	X			X		X		X		X	X			Rosion Rodrig

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

Nombre	Cedula	¿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 actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Manuel C.	111478421	X			X		X		X		X	X			
Sebastian M	010760823	X			X		X		X		X	X			Sebastian M
Rosion rodriguez	1118574853	X			X		X		X		X	X			Rosion rodri
Jeli Purz	10036226	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

Nombre	Cedula	¿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 actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Sebastian M	1010760823	X			X		X		X		X	X			Sebastian M
Manuel C.	111478421	X			X		X		X		X	X			
Jeli Purz	1003298246	X			X		X		X		X	X			
Luis Chacon	6093205	X			X		X		X		X	X			
Hesson	79223347	X			X		X		X		X	X			

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

Nombre	Cedula	¿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 actividad de soldadura?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		observaciones	firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Sebastian M.	1010760823	X			X		X		X		X	X			Sebastian M
Jeli Purz	10036326	X			X		X		X		X	X			

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

	Sí	No	N
El área de trabajo inmediata y/o se ha verificado	✓		
Demarcación provisional	✓		
Señales de peligro adicionales	✓		
Cerrar la vía		✓	
Iluminación adicional	✓		
Superficies secas, limpias, sin residuos	✓		
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	✓		

Candado y etiquetado	✓		
Otros, Cuál? ______			
Revisar			
Área en busca de material combustible			
Alcantarillas/bocas cercanas libres de hidrocarburos	✓		
Alcantarillas/bocas cercanas protegidas contra chispa	✓		
Disponible mangas/mantas protectoras	✓		
Hay explosímetro calibrado y buen estado			

Otras precauciones, Cuáles? ______

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Sí	No	N
Casco de seguridad	✓		
Caretas	✓		
Gafas / careta 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. Cuáles?		✓	

Pruebas Requeridas	Sí	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
7-01-2023	7:00AM	11-01-23	3:30PM

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
12-01-2023	7:00AM	12-01-2023	3:30 PM

FIRMAS

Dejo constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo

Responsable SST/Vigía HSE o Coordinador trabajo en Alturas (CAP)

Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas. Asegure 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.

Jetri Perez

Responsable del trabajo o ejecutante (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

Pulidora
Equipo para soldar
taladro magnetico

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)	☐	☐
Otros. Cuáles? ______	☐	☐
	☐	☐

Observaciones:

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CODIGO: SST-CAP-004
FECHA: 04/01/2025
VERSION: 02

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: armado de estructura metalica y fabricacion
Lugar: colegio Boile
Periodo autorizado: 7 Dias
Altura aproximada: 20 m
Numero de personas en el trabajo:

1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CÉDULA	EPS SI	EPS No	ARL SI	ARL No	FORMACION PARA TRABAJO EN ALTURAS SI	NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	Lafgorito Zoutumal	1046696 69	✓		✓		✓	1	27 al 01	Lafgorito Z
2	Luis Chacon	1002222?C	✓		✓		✓		27 al 01	
3	Jean Pere	100378?76	✓		✓		✓		27 al 01	
4	Carmelo Carvajal L.	[illegible]	✓		✓		✓		27 al 01	
5	Fabricio Michu	21.066?0V	✓		✓					
6										
7										
8										
9										
10										

2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

N°	NOMBRES	CEDULA	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Le tiene miedo a las alturas? SI	NO	¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno? SI	NO	Observaciones	FIRMA
1	Jean Pere	1118?2886	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			Jean P
2	Lafgorito Z	1046696 69	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
3	[illegible]	[illegible]	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
4	Luis Chacon	10079?26	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

N°	NOMBRES	CEDULA	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Le tiene miedo a las alturas? SI	NO	¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno? SI	NO	Observaciones	FIRMA
1	Lafgorito ZH	1046696?9	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
2	Carmelo C.	1114?8?8	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
3	[illegible]	21.066?0	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
4	Jean Pere	100378?6	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
5	Luis Chacon	10079?26	✓																	
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

N°	NOMBRES	CEDULA	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI	NO	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI	NO	¿Le tiene miedo a las alturas? SI	NO	¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI	NO	¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI	NO	¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI	NO	En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno? SI	NO	Observaciones	FIRMA
1	Carmelo C.	1114?8?8	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
2	Luis Chacon	10079?26	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
3	Lafgorito ZH	1046696?9	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			Lafgorito ZH
4	Jean Pere	100378?6	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
5																				
6																				
7																				
8																				

9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																				
2	[illegible] 24	1043[illegible]	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
3	Luis [illegible]	1007[illegible]	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
4	[illegible]		✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
5	[illegible]	1117[illegible]	✓			✓		✓		✓		✓		✓		✓	✓			
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

2. MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION

Sistemas de Acceso a utilizar:	Andamio ✓	Escalera ✓	Elevador de Personal o Grúa con canasta ☐	Se involucran otras TAR:	Sí ☐ No ☐	Trabajo en espacios confinados ☐	Trabajo en caliente ✓	Energías Peligrosas ☐
Otras (¿Cuáles?)				Otras (¿Cuáles?)				

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El área de trabajo necesita o se ha verificado:

	Inicial SI	Inicial NO	Renovación 1 SI	Renovación 1 NO	Renovación 2 SI	Renovación 2 NO
Demarcación provisional	✓		✓			
Señales de peligro adicionales	✓		✓			
Control de vías		✓	✓			
Iluminación Adicional	✓		✓			
Superficies sucias, no resbalosas	✓		✓			
Puntos de anclaje	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Inicial SI	Inicial NO	Renovación 1 SI	Renovación 1 NO	Renovación 2 SI	Renovación 2 NO
Casco de Seguridad	✓		✓			
Gafas de Seguridad	✓		✓			
Protección Respiratoria	✓		✓			
Protección Auditiva	✓		✓			
Guantes	✓		✓			
Calzado de Seguridad	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	Inicial SI	Inicial NO	Renovación 1 SI	Renovación 1 NO	Renovación 2 SI	Renovación 2 NO
Línea de vida vertical (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓			
Línea de vida horizontal (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓			
Arnés de seguridad	✓		✓			

	Inicial SI	Inicial NO	Renovación 1 SI	Renovación 1 NO	Renovación 2 SI	Renovación 2 NO
eslinga sencilla						
eslinga ajustable	✓		✓			
eslinga en "Y"	✓		✓			
eslinga posicionamiento	✓		✓			
eslinga con absorbedor						
mosquetones con doble seguro						

Otros Elementos de Protección personal o Sistemas de Protección contra caídas ¿Cuáles?

4. INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
25-01-2025	7:00 AM	1-02-2023	3:30

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.
		Jesus Perez
Responsable SST/Vigía HSE ó Coordinador Trabajo en Alturas (CAP)	Responsable de activar el plan de emergencia	Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

arnes
eslinga
linea de vida

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

Pintura

5. RECURSOS A UTILIZAR

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

6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

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

Observaciones

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: fabricacion y armado di estructua metalicia

Lugar: [illegible] gallo

Duración estimada: [illegible]

Altura aproximada: 16 m

Número de personas en el trabajo:

1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR(ES) DEL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CEDULA	EPS SI	EPS NO	ARL SI	ARL NO	FORMADO PARA TRABAJO EN ALTURAS SI	FORMADO PARA TRABAJO EN ALTURAS NO	VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
1	[illegible] Chacón	1007777175	/		/		/			
2	[illegible]	1043662669	/		/		/			
3	Manuel Cuadrado	1111778426	X		X		X			
4	Jhon Elías	1005182226	X		X		X			
5										
6										
7										
8										
9										
10										

2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

N°	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Luis Chacón	1007737775	/			/		/		/		/		/		/	/			
2	[illegible]	1043662669	/			/		/		/		/		/		/	/			
3	Manuel C.	1111778426	/			/		/		/		/		/		/	/			
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

N°	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Manuel C.	1111778401	X			X		X		X		X		X		/	/			
2	Jhon Elías	1005182226	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	Luis Chacón	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
4	[illegible]	1043662669	X			X		X		X		X		X		X	X			
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

N°	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	[illegible]		X			X		X		X		X		X		X	X			
2	Jhon Elías		X			X		X		X		X		X		X	X			
3	Jhon		X			X		X		X		X		X		X	X			
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Manuel C.	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
4	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Manuel C.	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	[illegible]	[illegible]				X		X		X		X		X		X	X			
4	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

5. MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION

Sistemas de Acceso a Utilizar	Andamio /	Escalera /	Elevador de Personal o Grúa con canasta	Se involucran otras TAR:	SI ( ) No ( )	Trabajo en espacios confinados	Trabajo en caliente /	Energías Peligrosas
				Otras (¿Cuáles?)				

Otras (¿Cuáles?)

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

[illegible] necesaria a ser verificada:

- [illegible]
- Señales de [illegible]
- Cierre de vías
- Iluminación Adicional
- Superficies [illegible]
- Puntos de anclaje

- Línea de vida vertical (Verificar puntos de anclaje)
- Línea de vida horizontal (Verificar puntos de anclaje)
- Arnés de seguridad

Otros Elementos de Protección personal o Sistemas de Protección contra caídas ¿Cuáles?

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

- Casco de Seguridad
- Gafas de Seguridad
- Protección Respiratoria
- Protección Auditiva
- Guantes
- Calzado de Seguridad

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

- eslinga sencilla
- eslinga ajustable
- eslinga en "Y"
- eslinga posicionamiento
- eslinga con absorbedor
- mosquetones con doble seguro

4. PRÓRROGA, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
20-01-23	7:00 AM	25-01-23	3:30

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
		Jesu Perez
Responsable SST/Vigía SST o Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable de activar el plan de emergencia	Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

arnes
esling
lenea de vida

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

pintura

5. RECURSOS A UTILIZAR

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

6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme*
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
[illegible]miento de señalización o aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otros ¿Cuáles?	☐	☐
	☐	☐

Observaciones

	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CODIGO SST-CAP-004
		FECHA 04/01/2023
		VERSION 02

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: fabricacion y armado de Estructura metalica
Lugar: Colegio [illegible]
Duración estimada: 7 Dias
Altura aproximada: 20 mm
Número de personas en el trabajo:

1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CÉDULA	EPS		ARL		FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS		VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
			SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Cesar Jesus Herrera	2464179	✓		✓		✓		13 al 18	
2	Jeri Perez Salcedo [illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		13 al 18	
3	Luis Chacon	[illegible]	✓		✓		✓		13 al 18	
4	[illegible]	[illegible]	✓							
5										
6										
7										
8										
9										
10										

2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Cesar Herrera	2464179	X			X		X		X		X		X	NO	X	X			
2	Jeri Perez	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	Luis Chacon		X			X		X		X		X		X		X	X			
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Luis Chacon	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	Manuel C.	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	Cesar Herrera	2464179	X			X		X		X		X		X		X	X			
4	Jeri Perez	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Manuel C.	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	Luis Chacon	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	Cesar Herrera	2464179	X			X		X		X		X		X		X	X			
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				

10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

N°	NOMBRES	CEDULA	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en alturas 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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
4	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
5			X			X		X		X		X		X		X				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

N°	NOMBRES	CEDULA	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en alturas 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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	[illegible] C.	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	[illegible] H	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

N°	NOMBRES	CEDULA	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en alturas 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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	[illegible] C.	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	[illegible]					X		X		X		X		X		X	X			
3	[illegible]		X			X		X		X		X		X		X	X			
4	[illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

N°	NOMBRES	CEDULA	¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en alturas 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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

Sistemas de acceso a utilizar	Andamio	/	Escalera	/	Elevador de Personas o Grúa con canasta		Se involucran otros TAR...	Si No	Trabajo en espacios confinados		Trabajo en caliente /	Energías Peligrosas
Otros ¿Cuáles?							Otros ¿Cuáles?					

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El área de trabajo necesita o se ha verificado:

	Requiere SI	Requiere NO	Revisión 1 SI	Revisión 1 NO	Revisión 2 SI	Revisión 2 NO
Demarcación [illegible]	✓		✓			
Señales de peligro [illegible]	✓		✓			
Cierre de vías		✓	✓			
Iluminación deficiente	✓		✓			
Superficie segura, no resbalosa	✓		✓			
Puntos de anclaje	✓		✓			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Requiere SI	Requiere NO	Revisión 1 SI	Revisión 1 NO	Revisión 2 SI	Revisión 2 NO
Casco de Seguridad	✓					
Gafas de Seguridad	✓					
Protección Respiratoria	✓					
Protección Auditiva	✓					
Guantes	✓					
Calzado de Seguridad	✓					

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	Requiere SI	Requiere NO	Revisión 1 SI	Revisión 1 NO	Revisión 2 SI	Revisión 2 NO
Línea de vida vertical (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓			
Línea de vida horizontal (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓			
Puntos de seguridad	✓		✓			

	Requiere SI	Requiere NO	Revisión 1 SI	Revisión 1 NO	Revisión 2 SI	Revisión 2 NO
eslinga sencilla			✓			
eslinga ajustable	✓		✓			
eslinga en "Y"	✓		✓			
eslinga posicionamiento	✓		✓			
eslinga con absorbente						
mosquetones con doble seguro			✓			

Otros Elementos de Protección personal o Sistemas de Protección contra caídas ¿Cuáles?

4. INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
13-01-2025	7:00 AM	13-01-2025	5:30

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA

FIRMAS

[illegible]	[illegible]	[illegible]
Responsable SST/Vigía HSE o Coordinador trabajo en Alturas (CAP)	Responsable de activar el plan de emergencia	Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

eslingo
arnes
linea de vida

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

Pintura

5. RECURSOS A UTILIZAR

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

6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

	Condiciones OK	No Conforme?
Orden y aseo	☑	☐
Manejo de residuos	☑	☐
Levantamiento de señalización y aislamientos especiales (Si aplica)	☐	☐
Otras, Cuáles? ________	☐	☐
________	☐	☐

Observaciones:

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CODIGO: [illegible]
FECHA: [illegible]
VERSION: [illegible]

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: fabricacion y armado de estructura metalica
Lugar: colegio [illegible]
Duración estimada: 6 [illegible]
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo: 4

1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº CEDULA	EPS		ARL		FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS		VIGENCIA	FIRMA TRABAJADOR
			SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Cesar Jesus Herrera vel[illegible]	2487199	✓		✓		✓		7 al 11	
2	Rafael Jose [illegible] [illegible]	1117882I							7 al 11	
3	Vici Saucedo Jeir Johan	1003180390	✓		✓		✓			Jeirtun
4	Luis Chacon	1003332125								
5										
6										
7										
8										
9										
10										

2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Cesar Herrera	2404199	X		X			X		X		X		X		X	X	✓		
2	Rafael G.	1117842I	X			X		X		X		X		X		X	X			
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

Nº	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Rafael G.	1117842I	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	Cesar Herrera	2401199	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	Jeir [illegible]	[illegible]	X			X		X		X		X		X		X	X			Jeir
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

N°	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Hrnal C.	1117712921	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	Gomez Herrera	2464179	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	Jean Ros	10031223	X			X		X		X		X		X		X	X			
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

N°	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Hmal C.	1114728077	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	Jen Pin	10032202	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	Chacon	1007770585	X			X		X		X		X		X		X	X			
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

N°	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Hmal C.	111771421	X			X		X		X		X		X		X	X			
2	Jean Pim	10032206	X			X		X		X		X		X		X	X			
3	Jesús Chacón	10072520	X			X		X		X		X		X		X	X			
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

N°	NOMBRES	CEDULA	¿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 pueda afectar su actividad de trabajo en alturas?		En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno?		Observaciones	FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Jen Pin	1003226	X			X		X		X		X		X		X	X			
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

Sistemas de Acceso a Utilizar	Andamio ☑	Escalera ☑	Elevador de Personal o Grúa con canasta ☐	Se involucran otras TAR :	Si ☐ No ☐	Trabajo en espacios confinados ☐	Trabajo en caliente ☑	Energías Peligrosas ☐
Otros (¿Cuáles?)				Otras (¿Cuáles?)				

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El área de trabajo necesita o se ha verificado:

	Iniciación		Renovación 1		Renovación 2	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Demarcación provisional	✓		✓		✓	
Señales de peligro adicionales	✓		✓		✓	
Cerrar las vías		✓	✓		✓	
Iluminación adicional	✓		✓		✓	
Superficies secas, no resbalosas	✓		✓		✓	
Puntos de anclaje	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

	Iniciación		Renovación 1		Renovación 2	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Casco de Seguridad	✓		✓		✓	
Gafas de Seguridad	✓		✓		✓	
Protección Respiratoria	✓		✓		✓	
Protección Auditiva	✓		✓		✓	
Guantes	✓		✓		✓	
Calzado de Seguridad	✓		✓		✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

	Iniciación		Renovación 1		Renovación 2	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Línea de vida vertical (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓		✓	
Línea de vida horizontal (Verificar puntos de anclaje)	✓		✓		✓	
Arnés de seguridad	✓		✓		✓	

	Iniciación		Renovación 1		Renovación 2	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
eslinga sencilla	✓		✓		✓	
eslinga ajustable	✓		✓		✓	
eslinga en "Y"	✓		✓		✓	
eslinga posicionamiento	✓		✓		✓	
eslinga con absorbedor			✓		✓	
mosquetones con doble seguro						

Otros Elementos de Protección personal o Sistemas de Protección contra caídas (¿Cuales?)

4. INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
7-01-2025	9:00 AM	11-01-2025	5:30 PM

DESDE (DÍA)	HORA	HASTA (DÍA)	HORA
12-01-2025	7:00AM	12-01-2025	5:30PM

FIRMAS

Doy constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.

Responsable SST/Vigía HSE o Coordinador trabajo en Alturas (CAP)

Doy constancia de que estoy enterado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo.

Responsable de aplicar el plan de emergencia

Yo he leído y entendido las recomendaciones aquí dadas. Dispongo de los recursos que son necesarios y he cumplido las precauciones de seguridad establecidas.

Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.

Jerri Perez

Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

EQUIPOS A UTILIZAR

eslinga
arnés
linea de vida

SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

Pintura

5. RECURSOS A UTILIZAR

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

6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

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

Observaciones

PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA	CODIGO: SST-CAP-002	
	FECHA: 06/01/2020	
	VERSION: 02	

Proyecto: Colegio Barba

Inspeccionado por: Amilton Nuk

Serie No: FE

Modelo: FLE 265

Marca: Furius

Periodo: del 01 al 31 de Enero

Equipo No: 6

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
Estado de Cable de masa																												C	C	C		
Estado de Cable de porta electrodo																												C	C	C		
Estado de Condiciones del sistema de refrigeración																												C	C	C		
Estado de Correa ventiladora																												C	C	C		
Se verificó Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cat																												C	C	C		
Estado del deposito del combustible (tanque)																												C	C	C		
Funcionamiento del motor																												C	C	C		
Estado de la Pinza de masa																												C	C	C		
Estado de la Pinza de porta electrodo																												C	C	C		
Estado del Radiador																												C	C	C		
Estado del Cable de polo a tierra																												C	C	C		

Convenciones: C: Cumple **NC**: No Cumple, **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo: x

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador:
Registro/Cedula de Ciudadania: PPT 1320693
Afiliación EPS: Famisanar
Afiliación ARL: SURA

Aprobado: Si ☑ NO ☐ Con restricción

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Amilton Mecha

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

PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-052
FECHA: 06/01/2025
VERSION: 02

Proyecto: Colegio Bolo
Serie No:
Modelo: 3610730515/22011
Marca: Lincoln Electric
Inspeccionado por: Edgardo Zambrano
Periodo: del 01 al 31 de Enero
Equipo No: 4

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
Estado de Cable de masa																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de Cable de porta electrodo																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de Condiciones del sistema de refrigeración																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de Correa ventiladora																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Se verifico Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado del deposito del combustible (tanque)																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Funcionamiento del motor																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de la Pinza de masa																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de la Pinza de porta electrodo																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado del Radiador																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado del Cable de polo a tierra																			C		C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	

Convenciones: **C:** Cumple **NC:** No Cumple, **NA:** No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario

Firma del Operador responsable del equipo: Edgardo Jose Zambrano M

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador:
Registro/Cedula de Ciudadanía: 1043667669
Afiliación EPS: Salud Total
Afiliación ARL: SURA

Aprobado: SI ☑ NO ☐ Con restricción

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Edgardo Zambrano

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

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

Edgardo Jose Zambrano
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.

PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-002
FECHA: [illegible]
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolívar
Inspeccionado por: Jefri Perez
Serie No. GN604134-1
Modelo: Mig/MMA/Tig 30
Marca: Lincoln Electric
Periodo: del 01 al 31 de Enero
Equipo No. 5

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
Estado de Cable de masa									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de Cable de porta electrodo									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de Condiciones del sistema de refrigeración									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de Correa ventiladora									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Se verifico Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cat									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado del deposito del combustible (tanque)									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Funcionamiento del motor									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de la Pinza de masa									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado de la Pinza de porta electrodo									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado del Radiador									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	
Estado del Cable de polo a tierra									C	C	C	C	C	C	C	C	C					C	C	C	C	C		C	C	C	C	

Convenciones: C: Cumple **NC**: No Cumple, **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo: x Jefri Perez
Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA: Geo Fernandez
Documentos del Operador
Registro/Cedula de Ciudadania: 1003263860
Afiliación EPS: Salud total
Afiliación ARL: Sura
Aprobado: SI ☑ NO ☐ Con restricción:

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN

INSPECCIONADO POR: Jefri Perez

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

FIRMA ING. RESIDENTE

Geo
SUPERVISOR SST

x 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.

PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA

Proyecto: Colegio Basilia
Inspeccionado por: Luis chacon
Serie No.: 2023
Modelo: Big-BL 300 P
Marca: Miller
Período: de 11 a 31 de Enero
Equipo No.:

DESCRIPCIÓN	[illegible]	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
Estado de Cable de masa											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
Estado de Cable de porta electrodo											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
Estado de Condiciones del sistema de refrigeración											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
Estado de Correa ventilador											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
Se verifica Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cal											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
Estado del depósito del combustible (tanque)											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
Funcionamiento del motor											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
Estado de la Pinza de masa											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
Estado de la Pinza de porta electrodo											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
Estado del Pedestal											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	
Estado del Cable de polo a tierra											C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C			C	C		C	C	C	C	

Convenciones: C: Cumple NC: No Cumple NA: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo:
Vo.Bo. SUPERVISOR SST: Gian fernandez
Registro o cédula de Ciudadanía: 1004 392 135
Afiliación EPS: Nueva EPS
Afiliación ARL: SURA
Aprobado: Si ☑ No ☐ [illegible]

INSPECCIONADO POR: Luis Chacon

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN

FIRMA DEL RESIDENTE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla DIARIAMENTE el OPERADOR de la máquina. En caso de encontrar alguna anomalía debe informarla a su SUPERVISOR [illegible]

PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: [illegible]
FECHA: [illegible]
VERSION: [illegible]

Proyecto: Calucia Balta
Inspeccionado por: Heyson Erazo
Serie No.
Modelo: [illegible]
Marca: [illegible]
Periodo: del 01 al 31 de Enero
Equipo No.

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
Estado de Cable de masa												C																				
Estado de Cable de porta electrodo												C																				
Estado de Condiciones del sistema de refrigeración												C																				
Estado de Correa ventiladora												C																				
Se verifico Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cal												C																				
Estado del depósito del combustible (tanque)												C																				
Funcionamiento del motor												C																				
Estado de la Pinza de masa												C																				
Estado de la Pinza de porta electrodo												C																				
Estado del Radiador												C																				
Estado del Cable de polo a tierra												C																				

Convenciones: C: Cumple **NC**: No Cumple, **NA**: No Aplica. El equipo debe ser inspeccionado siempre antes del uso diario.

Firma del Operador responsable del equipo: Jeferson Erazo
Vo.Bo. SUPERVISOR SST: Geo fernandez
Documentos del Operador:
Registro Cédula de Ciudadanía: [illegible]
Afiliación EPS: Salud total
Afiliación ARL: SURA
Aprobado: SI ☑ NO ☐ Con restricción

INSPECCIONADO POR: Heyson Erazo

1	11 Jeferson Erazo	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

Geo f
SUPERVISOR SST

Jeferson Erazo
OPERADOR

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

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	**Código: FST-04** **Versión: 00** **Fecha: 15/12/2023**

FECHA DE VIGENCIA	**DEL DIA**	7	**AL DIA**	11	**MES Y AÑO**	01/2025	**PERMISO DE TRABAJO Nº:**	#1

LUGAR DE OPERACIÓN: Proyecto colegio Borta

EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACION: Taladro, pulidora, destrocadora y brilladora de pisos

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: Mampostería General, enchape, pulida de pisos

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS: Residente de obra

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

	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

	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

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

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 PRESENTACION 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

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

	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	[illegible]	79852427	
2	[illegible]	79780385	
3	Jose Isid - Herm	18410548	Jose Isid -
4	YIMER CAMACHO VEJANDIA	1033729293	YIMER CAMACHO

Este documento impreso se considera copia no controlada

Código: FST-04		
Versión: 00		
Fecha: 15/12/2023		

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

5	Jarol David salamanca Tovar	1000579738	
6	finey Dario medina cifuentes	1024469602	
7	Juan sebastian cifuentes Gutierrez	1002922787	Juan cifuentes
8	Jhon Cifuentes	1010029137	Jhon cifuentes
9	Jefferson angulo arovio	1026943855	Jefferson angulo
10	Helmer Marios	79518373	Helmer
11	Alexander GARCIA	80150047	Alexander
12	gustavo Ostos	1024524913	
13	Urien Miguillo	1101879720	Urien
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: FST-04
Versión: 00
Fecha: 15/12/2023

FECHA DE VIGENCIA	**DEL DIA**	13	**AL DIA**	18	**MES Y AÑO**	01/2025	**PERMISO DE TRABAJO Nº:**	#2.

LUGAR DE OPERACIÓN: Proyecto colegio Borta

EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN: Taladro, pulidora, destroncadora de pisos., herramientas de mano

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: Mampostería General, enchape, pulidor de pisos

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS: Residente de obra, inspector sst y trabajadores

ACTIVIDADES	DESCRIPCION	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

	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

Este documento impreso se considera copia no controlada

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

	# 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

	# 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

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

	# 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	Reiney Dario medina cifuentes	1024462602	
2	Jarol David Salamanca	1000579738	
3	Jefferson angulo orovio	1026293855	Jefferson
4	Julia [illegible]	1101879420	Julia

Código: FST-04			
Versión: 00			
Fecha: 15/12/2023			

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

5	gustavo Ostos	1024529913	
6	Ivan Cifuentes	1000 922 787	Ivan Cifuentes
7	Jhon Cifuentes	1010029177	Jhon Cifuentes
8	Helmer Mayos	79518373	Helmer
9	ALEXANDER GARCIA	80150047	ALEXANDER
10	Jose Isidro Herrera	18410 548	Jose Isidro H
11		79887483	
12		74780285	
13	Cristian Mateo Olivera Martin	1.016.096.281	
14	Diego Jesús Melo Tovar	1034280628	Diego M.
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Este documento impreso se considera copia no controlada

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	**Código:** FST-04 **Versión:** 00 **Fecha:** 15/12/2023

FECHA DE VIGENCIA	**DEL DIA**	20	**AL DIA**	25	**MES Y AÑO**	01/2025	**PERMISO DE TRABAJO Nº:**	#3.

LUGAR DE OPERACIÓN:	Proyecto Colegio Borda
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Taladro, pulidora, destroncadora de pisos, herramientas manuales.
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	Mamposteria General, enchape, destronque
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

Powered by CS 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

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

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

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

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

	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	Jose Isidro Herrera V.	18 410 548	Jose Isidro H
2	YIMER CAMACHO VELANDIA	1.033729293	YIMERCAMACHO
3	Diego Jesús Mora Tovar	1034280628	Dieg M.
4	ALEXANDER GARCIA	80150047	ALEXANDER GARCIA

Este documento impreso se considera copia no controlada

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: FST-04
Versión: 00
Fecha: 15/12/2023

5	Fernand Dario medina cifuentes	1024469602	
6	Ivan sebastian cifuentes Gutierrez	1000722787	Ivan cifuentes
7	Jean cifuentes	1010019137	Jean cifuentes
8	gustavo ostos	1024524913	
9	Yilea Murillo	1101847720	Yilea
10	Jefferson angulo orozco	1026293855	Jefferson.
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	**Código: RGT-OSSA-003**
		Version: 01
		Fecha: 20/01/2025

FECHA DE VIGENCIA	**DEL DIA**	27	**AL DIA**	01	**MES Y AÑO**	01 y 02 2025.	**PERMISO DE TRABAJO Nº:**	#4	
LUGAR DE OPERACIÓN:	Proyecto Colegio Boita								
EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN:	Taladro, pulidora, destroncadora y brilladora de pisos.								
DESCRIPCION DEL TRABAJO A REALIZAR:	Mamposteria General, enchape, pañete, Drywall								
EQUIPO QUE ELABORA EL ATS:	Residente de obra, inspector sst y trabajadores								

FIRMA APERTURA ATS

CARGO	NOMBRE	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA
RESIDENTE DE OBRA	Sebastian Ossa	1.032.481.868	Sebastian.
INSPECTOR SST	Katherine Barreto	1000806477	

Este documento impreso se considera copia no controlada

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
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 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	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES 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

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	
	Código: RGT-OSSA-003
	Version: 01
	Fecha: 20/01/2025

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
			TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	
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 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
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 (LAVADO)	RASPADA 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

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: RGT-OSSA-003
Version: 01
Fecha: 20/01/2025

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
PROTECCIÓN MURO LADRILLO LIMPIO O CONCRETO	RASPADA 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
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

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
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
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	QUÍMICO BIOMECÁNICO FÍSICO BIOLÓGICO	CORTES LACERACIONES AMPUTACIONES PROYECCION DE PARTICULAS	PÉRDIDA DE EXTREMIDADES CORTES DIFICULTADES RESPIRATORIAS DOLORES MUSCULARES	- USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
	SE APLOMAN LAS BOQUILLAS SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA CORTE DE PIEZAS FORME DE MURO EMBOQUILLADA DE MURO	MECÁNICO	MATERIAL PARTICULADO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	INFECCIONES ALERGIAS MALESTAR GENERAL AFECTACIONES OCULARES MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS	- 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 APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE ARMADO DE FORMALETAS HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO APLICACIÓN DEL CONCRETO	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
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

	# ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	**Código: RGT-OSSA-003** **Version: 01** **Fecha: 20/01/2025**

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO		CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES
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
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
DESTRONQUE DE PISOS	Limpieza profunda, restauración y abrillantado de piso	QUÍMICO BIOLÓGICO BIOMECÁNICO FÍSICO CONDICIÓN DE SEGURIDAD	MATERIAL PARTICULADO PROYECCIÓN DE PARTICULAS MOVIMIENTOS REPETITIVOS POSTURAS PROLONGADAS POLVOS INORGÁNICOS TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO HONGOS BACTERIAS	MOLESTIAS OCULARES CORTES LACERACIÓN AMPUTACIONES PROBLEMAS RESPIRATORIOS MOLESTIAS EN OÍDOS INFECCIONES, ALERGIAS ATRAPAMIENTO DOLORES MUSCULARES	-USO CONTINUO DE EPP - AUTOCUIDADO - PAUSAS ACTIVAS -ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD - CHARLA PREOPERACIONAL

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

Código: RGT-OSSA-003
Version: 01
Fecha: 20/01/2025

ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	PELIGROS RIESGO	CONSECUENCIA	RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES

EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

Casco ☑	Guantes ☑	Protección respiratoria ☑	Botas de seguridad ☑
Protección Auditiva ☑	Equipos de protección contra caídas ☑	Gafas de seguridad ☑	Permiso de Trabajo Requeridos ☑
Extintores ☑	Charla pre-operacional ☑	Señalización y acordonamiento ☑	Charla pre-operacional ☑

FIRMA DIVULGACIÓN A TRABAJADORES

No.	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	Jose Isidro Herrera V	18 410 548	Jose Isidro Herrera V
2	Olivera Martin Cristian Mateo	1.016.096.281	
3	YIMER CAMACHO VELANDIA	1.033729293	CAMACHO
4	Ferney Dario medina cifuentes	1024469602	
5	gustavo Ostos	1024524913	
6	Helmer Macias	79510373	Helmer
7	Jefferson angulo orovio	1026293855	Jefferson
8	[illegible]	[illegible]	Oficial

9	Dayra Santiago Orjuela H	1000 227 580	Santiago
10	Jhon Cifuentes	1010029137	Jhon cifuentes
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DESTRONCADORA DE PISOS	CÓDIGO: FMT-OSSA-001 VERSIÓN: 01 FECHA: 27/11/2024

PROYECTO:	Colegio Borla		
FECHA:	07/01/2025		
MARCA	Formacell	**SERIAL**	120260

ÍTEM	**B**	**M**	**OBSERVACIONES**
Estado del motor	✓		
Estado de los soportes del motor	✓		
Estado de las partes que lo componen	✓		
Estado del Sistema eléctrico	✓		
Estado del switch de encendido y apagado	✓		
Estado de conexiones electricas	✓		
Estado tomas de salidas de 110 y 220 V.	✓		

Personal	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
El operador reconoce el funcionamiento del equipo y posee entrenamiento y capacitación en los riesgos	✓		
Se poseen los EPP necesarios para el funcionamiento y manejo del equipo	✓		
El operador reconoce los riesgos asociados a su actividad laboral	✓		
B: BUENO M: MALO	✓		

DATOS DEL OPERARIO

NOMBRE	Helmer Macías Rubio
CEDULA	CC 79518373
FIRMA	Helmer

Al firmar doy fe de que la maquina se encuentra en optimas condiciones para su uso y que se realizo la verificación preoperacional correspondiente.

DATOS INSPECTOR SST

NOMBRE	Katherine Barreto
CEDULA	1000806477
FIRMA	

OBSERVACIONES:

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☒

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DESTRONCADORA DE PISOS	CÓDIGO: FMT-OSSA-001 VERSIÓN: 01 FECHA:27/11/2024

PROYECTO:	Colegio Borla		
FECHA:	07/01/ 2025		
MARCA	Siemens	**SERIAL**	113- 44B60

ÍTEM	**B**	**M**	**OBSERVACIONES**
Estado del motor	✓		
Estado de los soportes del motor	✓		
Estado de las partes que lo componen	✓		
Estado del Sistema eléctrico	✓		
Estado del switch de encendido y apagado	✓		
Estado de conexiones electricas	✓		
Estado tomas de salidas de 110 y 220 V.	✓		

Personal	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
El operador reconoce el funcionamiento del equipo y posee entrenamiento y capacitación en los riesgos	✓		
Se poseen los EPP necesarios para el funcionamiento y manejo del equipo	✓		
El operador reconoce los riesgos asociados a su actividad laboral	✓		
B: BUENO M: MALO	✓		

DATOS DEL OPERARIO

NOMBRE	ALEXANDER GARCIA
CEDULA	80150047
FIRMA	ALEXANDER

Al firmar doy fe de que la maquina se encuentra en optimas condiciones para su uso y que se realizo la verificación preoperacional correspondiente.

DATOS INSPECTOR SST

NOMBRE	Katherine Barreto
CEDULA	1000906477
FIRMA	

OBSERVACIONES:

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☒

Powered by CS CamScanner

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DESTRONCADORA DE PISOS	CÓDIGO: FMT-OSSA-001 VERSIÓN: 01 FECHA:27/11/2024

PROYECTO:	Colegio Borda		
FECHA:	14/10/2025		
MARCA	Furmacero	**SERIAL**	120260

ÍTEM	B	M	OBSERVACIONES
Estado del motor			
Estado de los soportes del motor			
Estado de las partes que lo componen			
Estado del Sistema eléctrico			
Estado del switch de encendido y apagado			
Estado de conexiones electricas			
Estado tomas de salidas de 110 y 220 V.			
Personal	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
El operador reconoce el funcionamiento del equipo y posee entrenamiento y capacitación en los riesgos			
Se poseen los EPP necesarios para el funcionamiento y manejo del equipo			
El operador reconoce los riesgos asociados a su actividad laboral			

B: BUENO M: MALO

DATOS DEL OPERARIO

NOMBRE	ALEXANDER GARCIA
CEDULA	80250047
FIRMA	ALEXANDER

Al firmar doy fe de que la maquina se encuentra en optimas condiciones para su uso y que se realizo la verificación preoperacional correspondiente.

DATOS INSPECTOR SST

NOMBRE	Katherine Barreto
CEDULA	1000806477
FIRMA	

OBSERVACIONES:

Fuera de servicio: SI ☐ [✓ NO]

Powered by CS 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 Borta	**Ciudad:**	Bogotá	**Lugar de Ejecucion del Trabajo en Alturas:**	torre A

2. VALIDEZ DE LA AUTORIZACIÓN

Fecha Elaboración:	15/01/2025	**Valido Desde:**	15/01/25	**Hora:**	7:00am	**Valido Hasta:**	18/01/25	**Hora:**	5:00 pm
Tipos de trabajo	Recibir material en borde placa							**Altura aprox**	12 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		VERIFICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL		FIRMA
				SI	NO	SI	NO	
Cristian Olivera	CC	1.016.046.281	AUX	X		X		

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO PARA DESARROLLAR TAREA:

Recibir y bajar material 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 sistemas (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 RESTRICCION, 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 BARBUQUEJO	ROPA DE TRABAJO	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECCIÓN RESPIRATORIA	PROTECCIO [illegible]	GUANTES	ARNES	ESLINGA	LINEA DE VIDA	BOTAS DE SEGURIDAD	MOSQUETONES	[illegible]	OTRO	CUAL
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

8. COMPROBACIONES PREVIAS AL INICIO DEL TRABAJO

DIA	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
FECHA	—			—			15/01/25			16/01/25			17/01/25			18/01/25			—		
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 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							✓			✓			✓			✓					
Línea de vida en buen estado y anclada a sistemas fijos, por encima de la cabeza del trabajador.							✓			✓			✓			✓					
limitación y señalizacion de zonas de trabajo (Establecer un perímetro de guridad).									✓			✓			✓			✓			
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 caídas 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							✓			✓			✓			✓					

	FIRMA						
NOMBRE Y CEDULA DE LA PERSONA QUE EJECUTA (TRABAJADOR)	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cristian Mateo Olivera							

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

[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	X

NOMBRE COORDINADOR EN 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

	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	[illegible] [illegible] [illegible]

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	7/01/2025	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):	·11/01/2025.				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	torre A Cortadora.				
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/aa)	7/01/2025	al	(dd/mm/aa)	11/01/2025

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora		Otro, ¿Cuál?	X Cortadora.

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	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?	N.A								

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
YeimeR CAMACHO	1033729095		YeimeR C.	YeimeR C.	YeimeR C	YeimeR C.	YeimeR 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	1002806497	SST	11/01/25	12:00PM	Cierre permiso

	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	[illegible] [illegible] [illegible]

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	7/01/2025.	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):	11/01/2025.				
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):	7/01/2025	al	(dd/mm/aa):	11/01/2025

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.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								

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,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
Jonludo H	18410547		Jon	Jon	Jon	Jon	Jon	

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	1000806477	SST	11/01/25	12:00pm	Cierre permiso

	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	[illegible] [illegible] [illegible]

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	07/01/2025	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):	11/01/2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	Torre A				
Descripción de la tarea a realizar:	Mampostería General				
Número de Trabajadores autorizados:	3.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa)	07/01/2025	a	(dd/mm/aa)	11/01/2025

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	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.	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.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								

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 lleven 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
Ferney cifuent	1024469602		Forney	Farney	Forney	Forney	Forney	
Jhon cifuentes	1010029137		Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	
Ivan [illegible]	1000722789		Ivan	Ivan	Ivan	Ivan	Ivan	

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	1000826177	SST	11/01/25	12:00pm	cierre permiso

	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	[illegible]
		[illegible]
		[illegible]

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	13/01/2025	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):	18/01/2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/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/aa)	13/01/2025	al	(dd/mm/aa)	18/01/2025

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	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	✓		
	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?	—								

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, 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.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
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	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. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000906477	SST	18/01/25	1:00pm	cierre permiso

	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	[illegible]
		[illegible]
		[illegible]

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	13/01/2025	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):	18/01/2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	torre A urbanismo				
Descripción de la tarea a realizar:	Mamposteria General				
Número de Trabajadores autorizados:	3				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa)	13/01/2025	al	(dd/mm/aa)	18/01/2025

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	✓		
	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	✓	Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	N-A								

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.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
umo 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
Ferney Cifuentes	[illegible]	Ferney	Ferney	Ferney	Ferney	Ferney	Ferney	
Jhon Cifuentes	1010029157	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	
Ivan Cifuentes	1000766797	Ivan	Ivan	Ivan	Ivan	Ivan	Ivan	

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	1000806477	SST	18/01/25	1:00pm	cierre permiso

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

[illegible]
[illegible]
[illegible]

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	13/01/2025	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):	18/01/2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	torre B.				
Descripción de la tarea a realizar:	Enchape				
Número de Trabajadores autorizados:	1				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa)	13/01/2025	al	(dd mm aa)	18/01/2025

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								

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, 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.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
omo 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
Jon Lido H	18410 348	Jon	Jon	Jon	Jon	Jon	Jon	

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	1000[illegible]	SST	18/01/25	1:00pm	Cierre permiso

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	20/01/2025	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):	25/01/2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	Torre B				
Descripción de la tarea a realizar:	Enchape				
Número de Trabajadores autorizados:	1				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa)	20/01/2025	al	(dd mm aa)	25/01/2025

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		Herramientas Eléctricas		Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	N.A								

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
Jose Isidro Hern	18410547	Jose	Jose	Jose	Jose	Jose	Jose	

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	[illegible]	SST	25/10/25	1:00PM	Cierre permiso

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	[illegible] [illegible] [illegible]

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	20/01/2025	Hora de Inicio (a.m./p.m.)	7:00PM	Hora de Finalización (a.m./p.m.)	5:00PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	25/01/2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	torre A-B.				
Descripción de la tarea a realizar:	Mamposteria y enchape General				
Número de Trabajadores autorizados:	3.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa)	20/01/2025	a	(dd mm aa)	25/01/2025

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		Herramientas Eléctricas		Andamio		Soldadura de Arco		Soldadura Autógena	
Otro, ¿Cuál?	N.A								

Powered by CS 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 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 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
Forney cifuentes	1024469602	Forney	Forney	Forney	Forney	Forney	Forney	
Jhon cifuentes	1010029137	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	
Ivan Cifuentes	100722797	Ivan	Ivan	Ivan	Ivan	Ivan	Ivan	

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	1000735497	SST	25/1/25	1:00PM	Cierre permiso

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

[illegible]
[illegible]
[illegible]

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	20/01/2025	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):	25/01/2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	Cortadora				
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/aa)	20/01/2025	al	(dd mm aa)	25/01/2025

3.TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora		Otro, ¿Cuál?	X

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 al 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?	N.A								

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:

Preoperacional cortadora de ladrillo.

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	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. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO

Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo
Katherine Barreto	1000800497	SST	25/9/2025	1:00PM	Cierre permiso

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

[illegible]
[illegible]
[illegible]

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa)	27/01/2025	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)	01/02/2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/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/aa)	27/01/2026	a	(dd/mm/aa)	01/02/2025

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	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?	N.A								

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
YIMER CAMACHO	1033729297	YIMERC	YIMERC	YIMERC	YIMERC	YIMERC	YIMERC	

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	[illegible]	SST	1/02/25	1:00pm	Cierre permiso

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

1.INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	27/01/2025	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):	01/02/2025				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	torre B - A				
Descripción de la tarea a realizar:	Enchape				
Número de Trabajadores autorizados:	1.				

2.VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa)	27/01/2025	a	(dd/mm/aa)	01/02/2025

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.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								

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
Jose Isidro Herrera	18410547	JoH	JoH	JoH	JoH	JoH	JoH.	

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	1002836497	SST	1/02/25	1:00pm	Cierre permiso

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL BRILLADORA INDUSTRIAL	Codigo:FMT-OSSA-006 Versión: 1 Fecha: 11/12/2024

PROYECTO	Colegio Borto
FECHA INSPECCIÓN	7/01/2025
MARCA	Electrolusa
SERIAL	10040

No	ASPECTOS A INSPECCIONAR	B	M	N/A	OBSERVACIONES
1	Estado de los Mangos de agarre	✓			
2	La maquina esta conectada a 110 voltios	✓			
3	Estado de los Interruptores de encendido y apagado	✓			
4	Estado general del cuerpo de la brilladora	✓			
5	Estado de la piedra diamantada	✓			
6	Estado del Cable Electrico o de Potencia. (no deben estar pelados, ni deben presentar empalmes peligrosos)	✓			
7	Estado de la tuerca de ajuste del disco	✓			
8	Estado de los cepillos o accesorios de brillo	✓			
9	El operario cuenta con los elementos de protección personal adecuados para ejecutar la actividad	✓			
10	Condiciones de aseo y limpieza	✓			
11	Otros:	✓			

Fuera de servicio: SI NO

DATOS DEL OPERARIO

NOMBRE	Helmer Marias Rubio
NUMERO DE DOCUMENTO	79518373
FIRMA	Helmer

DATOS INSPECTOR SST

NOMBRE	Katherine Barreto
NUMERO DE DOCUMENTO	1000806477
FIRMA	

OBSERVACIONES:

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL BRILLADORA INDUSTRIAL	Codigo:FMT-OSSA-006 Versión: 1 Fecha: 11/12/2024

PROYECTO	Colegio Borda
FECHA INSPECCIÓN	07/01/2025
MARCA	Electrolux
SERIAL	10049

No	ASPECTOS A INSPECCIONAR	B	M	N/A	OBSERVACIONES
1	Estado de los Mangos de agarre	✓			
2	La maquina esta conectada a 110 voltios	✓			
3	Estado de los Interruptores de encendido y apagado	✓			
4	Estado general del cuerpo de la brilladora	✓			
5	Estado de la piedra diamantada	✓			
6	Estado del Cable Electrico o de Potencia. (no deben estar pelados, ni deben presentar empalmes peligrosos)	✓			
7	Estado de la tuerca de ajuste del disco	✓			
8	Estado de los cepillos o accesorios de brillo	✓			
9	El operario cuenta con los elementos de protección personal adecuados para ejecutar la actividad	✓			
10	Condiciones de aseo y limpieza	✓			
11	Otros:	✓			

Fuera de servicio: SI NO

DATOS DEL OPERARIO	
NOMBRE	ALEXANDER GARCIA
NUMERO DE DOCUMENTO	80150047
FIRMA	ALEXANDER

DATOS INSPECTOR SST	
NOMBRE	Katherine Barreto
NUMERO DE DOCUMENTO	1000806477
FIRMA	

OBSERVACIONES:

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL BRILLADORA INDUSTRIAL	**Codigo:**FMT-OSSA-006 **Versión:** 1 **Fecha:** 11/12/2024

PROYECTO	Colegio Botta.
FECHA INSPECCIÓN	14/01/2025
MARCA	Electrululusa
SERIAL	10049

No	ASPECTOS A INSPECCIONAR	B	M	N/A	OBSERVACIONES
1	Estado de los Mangos de agarre	✓			
2	La maquina esta conectada a 110 voltios	✓			
3	Estado de los Interruptores de encendido y apagado	✓			
4	Estado general del cuerpo de la brilladora	✓			
5	Estado de la piedra diamantada	✓			
6	Estado del Cable Electrico o de Potencia. (no deben estar pelados, ni deben presentar empalmes peligrosos)	✓			
7	Estado de la tuerca de ajuste del disco	✓			
8	Estado de los cepillos o accesorios de brillo	✓			
9	El operario cuenta con los elementos de protección personal adecuados para ejecutar la actividad	✓			
10	Condiciones de aseo y limpieza	✓			
11	Otros:	✓			

Fuera de servicio: **SI** **NO**

DATOS DEL OPERARIO

NOMBRE	ALEXANDER
NUMERO DE DOCUMENTO	80150047
FIRMA	ALEXANDER

DATOS INSPECTOR SST

NOMBRE	katherine Barrieto
NUMERO DE DOCUMENTO	1000806477
FIRMA	

OBSERVACIONES:

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.

	PREOPERACIONAL CORTADORA DE LADRILLO	CODIGO: [illegible] Version: 1 FECHA: [illegible]

Responsable de la inspección: Yimer Camacho
Cargo: Cortador
Ubicación (zona o lugar): torre A
Proyecto: Colegio Borda
Equipo N°: 1
Marca/Referencia: 001
El equipo es: Propio X Alquilado ____

LISTA DE VERIFICACIÓN	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
VALORACION SI (✓) NO(X) NO APLICA (N/A)	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
LUGAR DE TRABAJO																					
¿El área de trabajo se encuentra en orden y/o aseo?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El área se encuentra señalizada?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El área de trabajo es suficientemente amplia para realizar la tarea?				✓			✓			✓			✓			✓					
OPERARIO																					
¿Tiene puesto el casco con barbuquejo?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Está utilizando careta de seguridad?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Está utilizando los guantes y protectores auditivos?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Utiliza Botas de seguridad?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Usa overol e impermeable si se requiere?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El trabajador se encuentra en buen estado para realizar la tarea?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El trabajador es calificado para la tarea?				✓			✓			✓			✓			✓					
CORTADORA DE LADRILLO																					
¿ El boton de encendido se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿La tuerca de sujeción se encuentra en optimas condiciones?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿La carcasa se encuentra en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El disco no presenta fisura, esta en buenas condiciones y es el adecuado?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se encuentra en buen estado la guarda protectora del disco?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El botón de bloqueo para cambio de disco esta en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓					

LISTA DE VERIFICACIÓN	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿La llave de sujeción de tuerca para el disco esta en optimas condiciones?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El cable de corriente esta protegido y es el adecuado?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los accesorios estan en buen estado, no presentan fisuras?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿La mesa de trabajo es la adecuada y esta en buenas condiciones?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El sistema de agua es el adecuado?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El soporte y guia para rodar material esta en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿La prensa para sujeción de material esta en optimas condiciones?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El equipo se encuentra limpio en todas sus partes?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿El trabajador conoce el manual del equipo?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se realiza limpieza de los residuos generados por el corte?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se conoce los riesgos asociados en el trabajo que va a realizar con el equipo?				✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se encuentra una persona constante mientras la maquina esta en operación?				✓			✓			✓			✓			✓					

NOTA: Si el equipo es alquilado y no pasa la inspección técnica, favor reportar inmediatamente al responsable para su devolución y solicitar evidencia del mantenimiento en caso de ser necesario

OPERARIO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
YIMER CAMACHO VELANDIA	1033729293	—	Yimerc.	Yimerc	Yimerc.	Yimerc.	Yimerc	—

NOTA: La empresa OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN S.A.S certifica que el colaborador esta en toda su capacidad de manejar la CORTADORA DE LADRILLO teniendo en cuenta que el colaborador da fe de haber manejado dicha Herramienta Electrica, recibiendo capacitación y entrenamiento para el correcto manejo del mismo.

INSPECTOR SST

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Katherine Barreto	1000806497	—						—

PREOPERACIONAL CORTADORA DE LADRILLO

CODIGO: PMT-OESA-026
Versión: 1
FECHA: 17/12/2024

Responsable de la inspección: Yimer Camacho
Cargo: operario
Ubicación (zona o lugar): torre A
Proyecto: Colegio Borda
Equipo Nº: 1.
Marca/Referencia: 001
El equipo es: Propio _X_ Alquilado ______

LISTA DE VERIFICACIÓN	VALORACION			SI (✓)			NO (X)			NO APLICA (N/A)											
	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
LUGAR DE TRABAJO																					
¿El área de trabajo se encuentra en orden y/o aseo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El área se encuentra señalizada?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El área de trabajo es suficientemente amplia para realizar la tarea?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
OPERARIO																					
¿Tiene puesto el casco con barbuquejo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Está utilizando careta de seguridad?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Está utilizando los guantes y protectores auditivos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Utiliza Botas de seguridad?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Usa overol e impermeable si se requiere?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El trabajador se encuentra en buen estado para realizar la tarea?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El trabajador es calificado para la tarea?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
CORTADORA DE LADRILLO																					
¿El boton de encendido se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿La tuerca de sujeción se encuentra en optimas condiciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿La carcasa se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El disco no presenta fisura, esta en buenas condiciones y es el adecuado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se encuentra en buen estado la guarda protectora del disco?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El botón de bloqueo para cambio de disco esta en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

LISTA DE VERIFICACIÓN	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿La llave de sujeción de tuerca para el disco esta en optimas condiciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El cable de corriente esta protegido y es el adecuado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los accesorios estan en buen estado, no presentan fisuras?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿La mesa de trabajo es la adecuada y esta en buenas condiciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El sistema de agua es el adecuado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El soporte y guia para rodar material esta en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿La prensa para sujeción de material esta en optimas condiciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El equipo se encuentra limpio en todas sus partes?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El trabajador conoce el manual del equipo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se realiza limpieza de los residuos generados por el corte?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se conoce los riesgos asociados en el trabajo que va a realizar con el equipo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se encuentra una persona constante mientras la maquina esta en operación?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

NOTA: Si el equipo es alquilado y no pasa la inspección técnica, favor reportar inmediatamente al responsable para su devolución y solicitar evidencia del mantenimiento en caso de ser necesario

OPERARIO								
NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
YIMER CAMACHO	1.033729293	YImerC	YImerC	YImerC	YImerC	YImerC	YImerC	—

NOTA: La empresa OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN S.A.S
certifica que el colaborador esta en toda su capacidad de manejar la **CORTADORA DE LADRILLO** *teniendo en cuenta que el colaborador da fe de haber manejado dicha Herramienta Electrica, recibiendo capacitación y entrenamiento para el correcto manejo del mismo.*

INSPECTOR SST								
NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Katherine Barreto	1000806479							—

PREOPERACIONAL CORTADORA DE LADRILLO

CODIGO:FMT-OBRA-008
Versión:1
FECHA:17/12/2024

Responsable de la inspección: Yimer Camacho
Cargo: Operario Cortadora
Ubicación (zona o lugar): torre A.
Proyecto: Colegio Borja
Equipo N°: 1
Marca/Referencia: 001
El equipo es: Propio X Alquilado ____

VALORACION SI (✓) NO(X) NO APLICA (N/A)

LISTA DE VERIFICACIÓN	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
LUGAR DE TRABAJO																					
¿El área de trabajo se encuentra en orden y/o aseo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El área se encuentra señalizada?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El área de trabajo es suficientemente amplia para realizar la tarea?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
OPERARIO																					
¿Tiene puesto el casco con barbuquejo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Está utilizando careta de seguridad?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Está utilizando los guantes y protectores auditivos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Utiliza Botas de seguridad?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Usa overol e impermeable si se requiere?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El trabajador se encuentra en buen estado para realizar la tarea?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El trabajador es calificado para la tarea?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
CORTADORA DE LADRILLO																					
¿ El botón de encendido se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿La tuerca de sujeción se encuentra en optimas condiciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿La carcasa se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El disco no presenta fisura, esta en buenas condiciones y es el adecuado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se encuentra en buen estado la guarda protectora del disco?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El botón de bloqueo para cambio de disco esta en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

LISTA DE VERIFICACIÓN	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
¿La llave de sujeción de tuerca para el disco esta en optimas condiciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El cable de corriente esta protegido y es el adecuado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Los accesorios estan en buen estado, no presentan fisuras?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿La mesa de trabajo es la adecuada y esta en buenas condiciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El sistema de agua es el adecuado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El soporte y guia para rodar material esta en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿La prensa para sujeción de material esta en optimas condiciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El equipo se encuentra limpio en todas sus partes?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿El trabajador conoce el manual del equipo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se realiza limpieza de los residuos generados por el corte?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se conoce los riesgos asociados en el trabajo que va a realizar con el equipo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿Se encuentra una persona constante mientras la maquina esta en operación?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

NOTA: Si el equipo es alquilado y no pasa la inspección técnica, favor reportar inmediatamente al responsable para su devolución y solicitar evidencia del mantenimiento en caso de ser necesario

OPERARIO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
YIMER CAMACHO	1033729293	YimerC	YimerC	YimerC	YimerC	YimerC	YimerC	—

NOTA: La empresa OSSA ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN S.A.S certifica que el colaborador esta en toda su capacidad de manejar la CORTADORA DE LADRILLO teniendo en cuenta que el colaborador da fe de haber manejado dicha Herramienta Electrica, recibiendo capacitación y entrenamiento para el correcto manejo del mismo.

INSPECTOR SST

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Katherine Barreto	1000806497							—

Powered by CS CamScanner

Versión 01	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CERTIFICADO DE APOYO EN ALTURAS (TSA)	Página 1 de 4
	[illegible] | Fecha 01 08 2022	

PERMISO DE TRABAJO (PTAR) No. #1

PROYECTO/OBRA/SEDE: Colegio Bolto

TRABAJO A EJECUTAR:

TRABAJO EN FRÍO ☐

TRABAJO EN CALIENTE ☐

FECHA			HORA			
DESDE			DESDE		HASTA	
16	01	2023	7:00	A.M ☒	5:00	P.M ☒
HASTA						
18	01	2023				

CERTIFICADOS DE APOYO QUE SE EJECUTARAN SIMULTÁNEAMENTE (SELECCIONAR LOS QUE APLICAN)

1. TRABAJO EN ALTURA ☒
2. EXCAVACIÓN ☐
3. ESPACIO CONFINADO ☐
4. [illegible] ☐
5. TRABAJO EN CALIENTE ☐
6. IZAJE DE CARGAS ☐

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

SECUENCIA ORDENADA DEL PROCEDIMIENTO Y TAREAS A REALIZAR

DEMOLICIONES DE PILOTES Y PANTALLAS		CONSTRUCCIÓN DE PLACA ALIGERADA O MACIZA		CONSTRUCCIÓN DE ELEMENTOS VERTICALES COLUMNAS Y PANTALLAS	
1	Toma de medidas y niveles	1	Armado de placa con formaleta convencional (camilla panal) o tabla tricapa	1	Toma de medidas y niveles para ubicación de elementos cimbrado
2	Instalación de equipo y accesorios	2	Toma de medidas y niveles para ubicación de elementos cimbrado	2	Amarre acero de elementos verticales
3	Limpieza de terreno	3	Instalación de tripløx y replanteo de vigas	3	Encofrado del elemento
4	Armado de andamio en donde se requiera	4	Amarre de vigas, viguetas y placa	4	Plomado
5	Demolición de pilote	5	Encofrado perimetral	5	Fundida del elemento
6	Corte de acero	6	Instalación de ductos en placa	6	Replanteo
7		7	Fundida de placa inferior o maciza)	7	Desencofrar el elemento
8		8	Instalación de casetones (donde lo requiera)	8	Proceso de curada (agua y/o antisol)
9		9	Instalación de malla o refuerzo de acero en placa superior	9	
10		10	Fundida de placa superior	10	
11		11	Desencofre perimetral	11	
12		12	Desarme de placa	12	

RETIRO DE MATERIAL A NIVELES SUPERIORES A 2.0 Mts		REMATES		TAREA 6	
1	Armado de andamio y/o instalación de escalera que permita alcanzar la altura necesaria	1	Armado de andamio en las zonas que se requiera para alcanzar la altura necesaria	1	
2	Demarcación y aislamiento de la zona con probabilidad de caída de objetos	2	Perfilar pantallas con taladro eléctrico (en caso de ser necesario)	2	
3	Se ejerce fuerza con herramienta manual (barra y/o pala)	3	Desbaste con pulidora (copa piegal) en pantallas para las zonas que requieran	3	
4	Ejecución de fuerza mecánica (para los casos que se requiera uso de taladro)	4	Preparación de cemento blanco y/o gris	4	
5		5	Aplicación de cemento en las zonas que se requiera (maquillaje)	5	
6		6		6	
7		7		7	
8		8		8	

APERTURA DEL CERTIFICADO

SOLICITANTE RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA

[illegible]

FIRMA

NOMBRE: JON Zamora

VALIDACIÓN (COORDINADOR Y/O INSPECTOR SST) RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SON IDÓNEAS PARA INICIAR EL TRABAJO

FIRMA

NOMBRE

V.B SST INTERVENTORIA

NOMBRE Y APELLIDO

V.B CLIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

CIERRE DEL CERTIFICADO DE APOYO

[illegible]

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL CONTRA CAÍDAS MARQUE LA CON UNA X

1. [illegible] ☐
2. [illegible] ☐
3. [illegible] ☐
4. [illegible] ☐
5. [illegible] ☒
6. [illegible] ☒
7. [illegible] ☐
8. [illegible] ☐
9. [illegible] ☐
10. [illegible] ☐
11. CIERRE DE VÍAS ☐
12. [illegible] ☐
13. [illegible] ☐
14. [illegible] ☐
15. [illegible] ☐
16. [illegible] ☐
17. [illegible] ☐
18. [illegible] ☐
19. [illegible] ☐
20. [illegible] ☐
21. [illegible] ☐
22. A.T.S (Análisis de Trabajo Seguro) ☒
23. PLAN DE RESCATE ☐
24. PERSONAL CERTIFICADO ☒
25. [illegible] ☐
26. [illegible] ☐
27. [illegible] ☐
28. [illegible] ☐
29. [illegible] ☐
30. OTRO ☐

TIPO DE TRABAJO MARQUELO CON UNA X

[illegible]	☒	[illegible]		[illegible]	☒
[illegible]	☒	[illegible]		[illegible]	
[illegible]		[illegible]		[illegible]	
[illegible]	☒	[illegible]	☒	[illegible]	
[illegible]	☒	[illegible]	☒	[illegible]	
[illegible]		[illegible]		[illegible]	

SOLICITANTE O RESPONSABLE DE EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS

FIRMA

NOMBRE

Elaboró: Ing. [illegible] Responsable SST	Revisó: [illegible] Director Jurídico	Aprobó: Ing. Juan Camilo [illegible] Representante Legal

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO (PTAR)

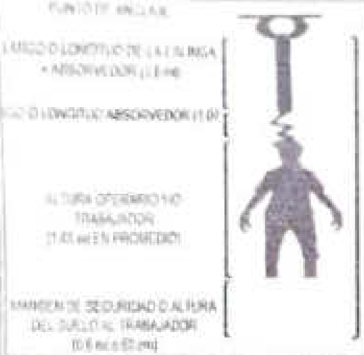
Versión 01 | [illegible] | Fecha 01-08-2022 | Página 2 de 4

EQUIPO DE PROTECCIÓN NECESARIO

[illegible]	☐	7. DELANTAL DE CAUCHO	☐	13. EQUIPO PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	☐
[illegible]	☐	8. GUANTES	☐	14. MASCARILLA POLVO/HUMOS	☐
[illegible]	☐	9. VENTILACIÓN FORZADA	☐	15. RESP. VAPOR/ÁCIDOS	☐
[illegible]	☐	10. ARNES Y LINEA DE VIDA	☐	16. OTRO	☐
[illegible]	☐	11. E.O. AIRE AUTOCONTENIDO	☐		
[illegible]	☐	12. BOTAS DE CAUCHO	☐		

OBSERVACIONES

ALURA APROXIMADA PARA REALIZR LA ACTIVIDAD


PUNTO DE ANCLAJE
LARGO O LONGITUD DE LA ESLINGA + ABSORVEDOR (1.8 m)
LARGO O LONGITUD ABSORVEDOR (1.0)
ALTURA OPERARIO NO TRABAJADOR (1.8 m EN PROMEDIO)
MARGEN DE SEGURIDAD O ALTURA DEL SUELO AL TRABAJADOR (0.6 m a 0.[illegible] m)

A TENER EN CUENTA

1. LA ALTURA MÍNIMA A LA QUE SE DEBE ANCLAR EL OPERARIO ES LA SUMA DEL LARGO DE ESLINGA+LARGO ABSORVEDOR+ALTURA OPERARIO+ALTURA DEL SUELO
2. LA ALTURA DEL SUELO AL OPERARIO NO PODRÁ SER INFERIOR A 60 CENTÍMETROS
3. SE PODRÁN REALIZAR TRABAJOS SUPERIORES A LA "ALTURA MÍNIMA"
4. CUANDO EL TRABAJO ES INFERIOR A LA "ALTURA MÍNIMA" SE PODRÁN CONTEMPLAR LAS SIGUIENTES OPCIONES:
- UTILICE ESLINGA SIN ABSORVEDOR DE IMPACTO
- UTILICE OTRAS HERRAMIENTAS COMO ESCALERAS Y ANDAMIOS

OBSERVACIONES

ALTURA APROXIMADA DE TRABAJO:

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR

1. Andamio multidireccional
2. Andamio colgante
3. Arneo
4. Tablo
5. linea de vida
6.
7.
8.
9.
10.
11.

SISTEMAS DE ASCENSO MARQUELO CON UNA X: ESCALERA (TIJERA_ PORTATIL_ RODANTE DE PLATAFORMA_)	SI	NO	NA
¿SE INSPECCIONÓ LA ESCALERA ANTES DE UTILIZARLA (PELDAÑOS, LARGUEROS, ZAPATAS DE SEGURIDAD) Y TODO SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO?	✓		
¿LOS PELDAÑOS DE LA ESCALERA ESTAN LIMPIOS Y SIN GRASA?	✓		
¿LA SUPERFICIE DONDE SE INSTALÓ LA ESCALERA ES FIRME Y NIVELADA O HAY POSIBILIDAD DE NIVELAR EL PISO O ESCALERA?	✓		
¿LA ESCALERA SE HA ASEGURADO A UNA ESTRUCTURA FIRME Y SE CUENTA CON UN HOMBRE BASE QUE SOSTENGA LA ESCALERA?	✓		
¿SE INSTALÓ LINEA DE VIDA VERTICAL CON FRENO?	✓		

SISTEMAS DE ASCENSO MARQUELO CON UNA X: ANDAMIOS (MULTIDIRECCIONAL_ TIPO PERRY_ TUBULAR_)	SI	NO	NA
¿EL ANDAMIO HA SIDO INSTALADO E INSPECCIONADO POR UNA PERSONA COMPETENTE?	✓		
¿EN CASO DE HABER UNA PARTE DEL ANDAMIO DEFECTUOSA, ESTA SE REPARÓ, REEMPLAZÓ O REMOVIÓ?	✓		
¿SE TOMARON LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA TENER PROTEGIDO EL ANDAMIO DE LAS LINEAS ELECTRICAS ENERGIZADAS?	✓		
¿SE HAN CORREGIDO LAS CONDICIONES PELIGROSAS ANTES DEL USO DEL ANDAMIO?	✓		
¿SE HAN REMOVIDO OBJETOS COMO PINTURAS Y HERRAMIENTAS QUE NO SE REQUIEREN PARA TRANSITAR LIBREMENTE POR EL ANDAMIO?	✓		
¿SE HAN INSTALADO BARANDAS EN TODOS LOS ESPACIOS ABIERTOS Y EN LOS EXTREMOS DEL ANDAMIO CUANDO SE TRABAJA A MAS DE 2.0 MTS DE ALTURA?	✓		
¿LA BARANDA SUPERIOR ESTA A UNA ALTURA DE 1 MTS Y LA INTERMEDIA ESTA A 0.5 MTS SOBRE LA PLATAFORMA?	✓		
¿SE HAN INSTALADO RODAPIES EN LAS PLATAFORMAS DE TRABAJO?	✓		
¿EL ANDAMIO ESTA MONTADO SOBRE UNA BASE FIRME Y COMPACTA?	✓		
¿AL USAR ALERONES O ESQUINERAS, SE COMPENSA LA CARGA PARA LA ESTABILIDAD DEL ANDAMIO?	✓		
¿SE HAN INSTALADO LAS DIAGONALES CORRECTAMENTE?	✓		
¿LAS ESTRUCTURAS VERTICALES ESTAN UNIDAS CON PASADORES?	✓		
¿EL ANDAMIO CUENTA CON UN ACCESO SEGURO PARA TRABAJOS SUPERIORES A 2.0 MTS DE ALTURA?	✓		
¿LOS ANDAMIOS ESTAN ASEGURADOS A LA ESTRUCTURA VERTICAL O A UN TORNILLO NIVELADOR?	✓		
¿LAS RUEDAS DEL ANDAMIO TIENEN DOBLE FRENO Y SE ENCUENTRA ACTIVADO EN EL MOMENTO DE LA EJECUCION DEL TRABAJO?	✓		
¿EL ANDAMIO ES ESTABLE DURANTE EL DESPLAZAMIENTO?	✓		

EQUIPO MECÁNICO PARA TRABAJOS EN ALTURAS	SI	NO	NA
¿LA CONSOLETA DE LA CANASTILLA ABRE Y CIERRA CORRECTAMENTE?	✓		
¿EL OPERADOR ESTÁ CAPACITADO PARA MANIOBRAR EL EQUIPO?	✓		
¿EXISTEN CONTROLES DE MANDO EN LA PARTE INFERIOR DEL EQUIPO?	✓		
¿LA PLATAFORMA DEL EQUIPO SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CERRADA CON PASAMANOS?	✓		
¿EL EQUIPO SE ENCUENTRA NIVELADO?	✓		
¿LA CARGA DEL EQUIPO NO SOBREPASA LOS 250 KILOGRAMOS CON LOS EJECUTORES?	✓		
¿EXISTE SUFICIENTE COMBUSTIBLE PARA REALIZAR EL TRABAJO PLANEADO?	✓		
¿EL VIGÍA SABE MANIPULAR LOS CONTROLES DE MANDO INFERIORES EN CASO DE EMERGENCIA?	✓		
¿LAS BARANDAS DE LA CANASTILLA ESTÁN EN BUEN ESTADO?	✓		
¿LOS COMPONENTES DE LA CANASTILLA ESTÁN CUIDADOS?	✓		

FIRMAS EMISIÓN Y REVALIDACIONES

FECHA [illegible]	[illegible]	EJECUTOR FIRMA Y C.C.	V.B. DEL EJECUTOR	V.B. EMISOR DEL CLIENTE	V.B. DE INTERVENTORÍA

Nº TRABAJADORES	PERMISO Nº

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE CANCELARSE EN CUALQUIER MOMENTO

Elaboró: Ing. Wilfredo Montilla	Revisó: Dr. Humberto Rozo	Aprobó: Ing. Juan Camilo Rozo Buesaquillo
Responsable SST	Director Jurídico	Representante Legal

URB CONSTRUCCIONES	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CERTIFICADO DE APOYO EN ALTURAS (TSA)	
Versión 01	F1-SG-SST-074	Fecha 01-08-2022	Página 3 de 4

PERMISO DE TRABAJO (PTAR) No. #1

PROYECTO/OBRA/SEDE: Colegio Boita

TRABAJO A EJECUTAR: Remates de obra

TRABAJO EN FRIO ☐

TRABAJO EN CALIENTE ☐

CERTIFICADOS DE APOYO QUE SE EJECUTARAN SIMULTANEAMENTE (SELECCIONAR LOS QUE APLICAN)

1. TRABAJO EN ALTURA	☒
2. EXCAVACIÓN	☐
3. ESPACIO CONFINADO	☐
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO	☐
5. TRABAJO EN CALIENTE	☐
6. IZAJE DE CARGAS	☐

FECHA			HORA			
DESDE			DESDE		HASTA	
16	01	2025	7:00	A.M ☒ P.M ☐	5:00	A.M ☐ P.M ☒
HASTA						
18	01	2025				

REGISTRO DE ASISTENCIA A LA SOCIALIZACIÓN DEL CERTIFICADO DE TRABAJO EN ALTURA (AQUÍ SOLO EL PERSONAL AUTORIZADO POR LA EMPRESA)

No.	NOMBRE COMPLETO	NO. IDENTIFICACIÓN (CC)	CARGO	TIPO DE CAPACITACIÓN TSA	FIRMA TRABAJADOR
1	JEIFFIS CARRASCO MEDINA	1102864240	AYUDANTE DE OBRA	TRABAJADOR AUTORIZADO	
2	FABIO NELSON RENTERIA MOSQUERA	9113638	OFICIAL DE OBRA	TRABAJADOR AUTORIZADO	
3	FRAY EDWIN PINZON BARRETO	6061993	AYUDANTE DE OBRA	TRABAJADOR AUTORIZADO	
4	ORLANDO ROJAS GUARIN	11315799	OFICIAL DE OBRA	TRABAJADOR AUTORIZADO	
5	LUIS DAVID PEDROZO GOMEZ	1007065319	AYUDANTE DE OBRA	TRABAJADOR AUTORIZADO	
6	CANDELARIO JOSE JIMENEZ MOLA	1193254107	OFICIAL DE OBRA	TRABAJADOR AUTORIZADO	
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					

Elaboró: Ing. Yolfredo Mantilla Responsable SST	Revisó: Dr. Humberto Roza Director Jurídico	Aprobó: Ing. Juan Camilo Rovo Buenaventura Representante Legal

[illegible]	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)		[illegible]
TAREA O PROCEDIMIENTO A REALIZAR [illegible]		ÁREA DONDE SE DESARROLLARÁ LA ACTIVIDAD Torre A piso 9	FECHA ELABORACIÓN DEL ATS
NÚMERO DE PERMISO #1	VÁLIDO DESDE 16 enero - 2020	VÁLIDO HASTA 18 - enero - 2020	

[illegible]	
IDENTIFIQUE EL RIESGO	[illegible]
ANALICE/EVALÚE EL RIESGO	[illegible]
ACTUAR PARA LOGRAR UNA OPERACIÓN SEGURA	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	FÍSICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	PSICOSOCIAL [illegible]	[illegible]	Pausas durante la jornada, definición de procedimientos de trabajo y definición de responsabilidades [illegible]
	BIOMECÁNICO [illegible]	[illegible]	Pausas activas durante la jornada laboral, descansos, cambio de actividad [illegible]
	RIESGO BIOLÓGICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	CONDICIONES DE SEGURIDAD [illegible]	[illegible]	[illegible]
	CONDICIONES DE SEGURIDAD [illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	FÍSICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	PSICOSOCIAL [illegible]	[illegible]	Pausas durante la jornada, definición de procedimientos de trabajo y definición de responsabilidades [illegible]
	RIESGO BIOLÓGICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	BIOMECÁNICO [illegible]	[illegible]	Pausas activas durante la jornada laboral, descansos, cambio de actividad [illegible]
	CONDICIONES DE SEGURIDAD [illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	FÍSICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	PSICOSOCIAL [illegible]	[illegible]	Pausas durante la jornada, definición de procedimientos de trabajo y definición de responsabilidades [illegible]
	RIESGO BIOLÓGICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	BIOMECÁNICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	FENÓMENOS NATURALES [illegible]	[illegible]	[illegible]
	CONDICIONES DE SEGURIDAD [illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	**CONDICIONES DE SEGURIDAD** [illegible]	[illegible]	[illegible]
	RIESGO BIOLÓGICO [illegible] COVID-19 [illegible]	[illegible]	[illegible]
	BIOMECÁNICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	FÍSICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	PSICOSOCIAL [illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	**BIOMECÁNICO** [illegible]	[illegible]	[illegible]
	FÍSICO Y QUÍMICO [illegible]	[illegible]	Charlas de seguridad, [illegible] E.P.P [illegible]
	RIESGO BIOLÓGICO [illegible] COVID-19 [illegible]	[illegible]	Cumplimiento de protocolo de bioseguridad y [illegible] SARS-CoV-2(COVID 19) [illegible] EPP y [illegible]
	CONDICIONES DE SEGURIDAD [illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	**BIOMECÁNICO** [illegible]	[illegible]	[illegible]
	FÍSICO Y QUÍMICO [illegible]	[illegible]	Charlas de seguridad, utilización y verificación de E.P.P [illegible]
	RIESGO BIOLÓGICO [illegible] COVID-19 [illegible]	[illegible]	[illegible] SARS-CoV-2(COVID 19) [illegible]
	CONDICIONES DE SEGURIDAD [illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	**BIOMECÁNICO** [illegible]	[illegible]	[illegible]
	RIESGO BIOLÓGICO [illegible] COVID-19 [illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	**CONDICIONES DE SEGURIDAD** [illegible]	[illegible]	[illegible]
	RIESGO BIOLÓGICO [illegible] COVID-19 [illegible]	[illegible]	[illegible]
	QUÍMICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	BIOMECÁNICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	FÍSICO [illegible]	[illegible]	[illegible]

	PSICOSOCIAL [illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	CONDICIONES DE SEGURIDAD [illegible]	[illegible]	[illegible]
	RIESGO BIOLOGICO [illegible] COVID-19 [illegible]	[illegible]	Cumplimiento de protocolo de bioseguridad [illegible] SARS-CoV-2 (COVID-19). Toma de temperatura, [illegible] EPP y herramientas
	BIOMECANICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	FISICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	PSICOSOCIAL [illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	CONDICIONES DE SEGURIDAD [illegible]	[illegible]	[illegible]
	RIESGO BIOLOGICO [illegible] COVID-19 [illegible]	[illegible]	Cumplimiento de protocolo de bioseguridad [illegible] SARS-CoV-2 (COVID-19). Toma de temperatura, [illegible] EPP y herramientas
	BIOMECANICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	FISICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	PSICOSOCIAL [illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	BIOMECANICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	RIESGO BIOLOGICO [illegible] COVID-19 [illegible]	[illegible]	Cumplimiento de protocolo de bioseguridad [illegible] SARS-CoV-2 (COVID-19). Toma de temperatura, [illegible] EPP y herramientas
	CONDICIONES DE SEGURIDAD [illegible]	[illegible]	[illegible]
	QUIMICO Y FISICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	BIOMECANICO [illegible]	[illegible]	[illegible]
	RIESGO BIOLOGICO [illegible] COVID-19 [illegible]	[illegible]	Cumplimiento de protocolo de bioseguridad [illegible] SARS-CoV-2 (COVID-19). Toma de temperatura, [illegible] EPP y herramientas
	CONDICIONES DE SEGURIDAD [illegible]	[illegible]	[illegible]
	QUIMICO Y FISICO [illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO DE TRABAJO (PTAR)	Página 1 de 1
Versión 02	[illegible] | Fecha 01 08 2022	

PERMISO DE TRABAJO (PTAR) No. #1

[illegible] colegio Boilo

TRABAJO A EJECUTAR Remates de obra

TRABAJO EN FRÍO ☐

TRABAJO EN CALIENTE ☒

CERTIFICADOS RELACIONADOS (SELECCIONAR LOS QUE APLICAN)

- 1. TRABAJO EN ALTURA ☒
- 2. EXCAVACIÓN ☐
- 3. ESPACIO CONFINADO ☐
- 4. BLOQUEO Y ETIQUETADO ☐
- 5. TRABAJO EN CALIENTE ☒
- 6. IZAJE DE CARGAS ☐

FECHA			HORA			
DESDE			DESDE		HASTA	
16	01	2025	7:00	A.M. ☒	5:00	P.M. ☒
HASTA						
18	01	2025				

MARCAR CON UNA ✓ SEGÚN CORRESPONDA CON EL RIESGO IDENTIFICADO FRENTE A CADA UNO

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD (REALIZADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO)

FÍSICOS		MECÁNICOS		QUÍMICOS	
1. RUIDO	✓	1. TRABAJO EN ALTURA	✓	1. GASES Y VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE		2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	✓	2. MATERIAL PARTICULADO	✓
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS	✓	4. LÍQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	✓	5. [illegible]	
6. RADIACIÓN IONIZANTE		6. SISTEMAS APRISIONADOS		6. ¿EXISTE POSIBILIDAD DE ALGÚN TIPO DE [illegible] TRABAJO?	
7. RADIACIÓN NO IONIZANTE		7. PRESIÓN DE FLUIDOS		7. ¿SE COLOCARON LOS EQUIPOS, DISPOSITIVOS [illegible]?	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS			
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. USO DE MÁQUINAS Y EQUIPOS			
10.		10.			

ELÉCTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELÉCTRICO	✓	1. SOBRE ESFUERZOS	✓	1. ESPACIO CONFINADO	
2. [illegible] ELÉCTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	✓	2. APERTURA SIST. PROCESO	
3. LÍNEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS	✓	3. TRABAJO DE EXCAVACIONES	
4. USO HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS		4. MOVIMIENTOS FORZADOS	✓	4. POTENCIAL DE DERRUMBES	
		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	✓	5. GENERA RESIDUOS [illegible]	
		6.		6. VERTIMIENTOS	
		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
		8.		8. EXPLOSIÓN [illegible]	
		9.		9. COMBUSTIÓN	

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN (EJECUTOR DEL TRABAJO Y SUPERVISOR SST)

1. [illegible]	✓	11. CIERRE DE VÍAS		21. [illegible]	
2. [illegible]		12. ANCLAJE [illegible]	✓	22. A.T.S. (Análisis de Trabajo Seguro)	✓
3. [illegible]		13. VERIF. LISTAS DE CHEQUEO	✓	23. [illegible]	
4. [illegible]		14. [illegible]		24. PERSONAL CERTIFICADO	
5. [illegible]		15. [illegible]		25. [illegible]	
6. [illegible]		16. E.P.P. [illegible]		26. EQUIPOS DE COMUNICACIONES	
7. [illegible]		17. E.P.P. ADICIONAL		27. [illegible]	
8. [illegible]		18. [illegible]		28. [illegible]	
9. [illegible]		19. [illegible]		29. [illegible]	
10. [illegible]		20. [illegible]		30. OTRO	

MONITOREO ATMÓSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

HORA	O2	% LEL	H2S	CO	FIRMA

APERTURA DE PERMISO

SOLICITANTE
(EJECUTOR DE LOS TRABAJOS)

[illegible]

FIRMA

NOMBRE

VALIDACIÓN
(COORDINADOR Y/O INSPECTOR SST)

[illegible]

FIRMA

NOMBRE

V.B SST INTERVENTORÍA
NOMBRE Y APELLIDO

CLIENTE
NOMBRE Y APELLIDO

Jhon Zamora

CIERRE DEL PERMISO

[illegible]

SOLICITANTE
(EJECUTOR DE LOS TRABAJOS)

FIRMA

NOMBRE

Elaboró: Ing. [illegible] Moreno	Revisó: Dr. [illegible]	Aprobó: Ing. Juan Camilo [illegible]
Responsable SST	Director Jurídico	Representante Legal

EQUIPO DE PROTECCIÓN NECESARIO							OBSERVACIONES
[illegible]	✓	[illegible]	✓	[illegible]		✓	
[illegible]	✓	[illegible]	✓	[illegible]			
[illegible]	✓	[illegible]	✓	[illegible]			
[illegible]	✓	ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		[illegible]			
PROTECCIÓN FACIAL	✓	[illegible]	✓				
[illegible]		BOTAS DE CAUCHO					

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PTAR (MARCAR CON UNA ✓)	SI	NO	NA
1. EL ÁREA DONDE SE PUEDE PRESENTAR CAIDA DE OBJETOS HA SIDO DEMARCADA (CINTA, CONOS, SEÑALES)	✓		
2. [illegible]	✓		
3. LOS TRABAJADORES ESTÁN CERTIFICADOS EN ALTURAS (CURSO AVANZADO Y/O DE REENTRENAMIENTO VIGENTE)?	✓		
4. LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS A UTILIZAR EN LA LABOR SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES?	✓		
5. LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A UTILIZAR EN LA LABOR SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES?	✓		
6. [illegible]	✓		
7. [illegible]	✓		
8. [illegible]	✓		
9. EL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LA CAMILLA SE ENCUENTRAN DISPONIBLES?	✓		
10. LA AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL SE ENCUENTRA VIGENTE?	✓		
11. [illegible]	✓		

OBSERVACIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO

VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (MARQUE CON UNA ✓)		
1. [illegible]	SI ____	NO ____
2. [illegible]	SI ____	NO ____
3. [illegible]	SI ____	NO ____
4. [illegible]	SI ____	NO ____

FIRMAS EMISIÓN Y REVALIDACIONES							
FECHA [illegible]	VALIDEZ DESDE - HASTA [illegible]	EJECUTOR FIRMA Y C.C.	Vo.Bo. HSE EJECUTOR	Vo.Bo. EMISOR Y/O CLIENTE	Vo.Bo. HSE INTERVENTORIA	N° TRABAJADORES	PERMISO N°
						1	#1
						EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE CANCELARSE EN CUALQUIER MOMENTO	

Elaboró: Ing. Wilfredo Morilla Responsable SST	Revisó: Dr. Humberto Rozo Director Jurídico	Aprobó: Ing. Juan Camilo Rozo Buesaquillo Representante Legal

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO DE TRABAJO (PTAR)	Página 3 de 4
Versión 02	F1 SG SST 027	Fecha 01 08 2022

PERMISO DE TRABAJO (PTAR) No. #1

PROYECTO/OBRA/SEDE: proyecto Boita

TRABAJO A EJECUTAR: Remates de obra

TRABAJO EN FRIO ☐

TRABAJO EN CALIENTE ☐

FECHA			HORA	
DESDE			DESDE	HASTA
16	02	2025	7:00 A.M. ☒	5:00 P.M. ☒
HASTA				
18	02	2025		

CERTIFICADOS RELACIONADOS (SELECCIONAR LOS QUE APLICAN)

1. TRABAJO EN ALTURA ☒
2. EXCAVACIÓN ☐
3. ESPACIO CONFINADO ☐
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO ☐
5. TRABAJO EN CALIENTE ☒
6. IZAJE DE CARGAS ☐

REGISTRO DE ASISTENCIA AL PERMISO DE TRABAJO (AQUÍ SOLO EL PERSONAL AUTORIZADO POR LA EMPRESA)

No.	NOMBRE COMPLETO	NO. IDENTIFICACIÓN	EMO TSA (D/M/A)	CAPACITACIÓN TSA (D/M/A)	FIRMA TRABAJADOR
1	JEFFRIS CARRASCO MEDINA	1102861240	8/02/2024	8/02/2024	
2	FABIO NELSON RENTERIA MOSQUERA	91136304	18/08/2023	15/01/2024	
3	FRAY EDWIN PINZON BARRETO	88810936	27/10/2023	22/07/2023	
4	ORLANDO ROJAS GUARIN	11319159	15/09/2023	16/09/2023	
5	LUIS DAVID PEDROZO GOMEZ	1007665319	15/09/2023	17/09/2023	
6	CANDELARIO JOSE JIMENEZ MOLA	1193251017	16/03/2024	18/05/2024	
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					
32					
33					

Elaboró: Ing. Wilfredo Mantilla Responsable SST	Revisó: Dr. Humberto Rozo Director Jurídico	Aprobó: Ing. Juan Camilo Rozo Barrioquilla Representante Legal

ORR
[illegible]
Versión 01

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO DE APOYO TRABAJO EN CALIENTE

[illegible] | Fecha [illegible] | Página 1 de [illegible]

PERMISO DE TRABAJO (PT-AR) No. #1
PROYECTO / CONSTRUCTOR: Colegio Bala
TAREA O ACTIVIDAD: Remates de obra

TRABAJO EN ALTURAS ☐
TRABAJO EN CALIENTE ☒

CERTIFICADOS DE APOYO QUE SE REQUIEREN SIMULTÁNEAMENTE (SELECCIONAR LOS QUE APLICAN)
1 TRABAJO EN ALTURA ☐
2 EXCAVACIÓN ☐
3 ESPACIO CONFINADO ☐
4 BLOQUEO Y ETIQUETADO ☐
5 TRABAJO EN CALIENTE ☒
6 IZAJE DE CARGAS ☐

FECHA
INICIO: 16 01 2025
FINAL: 18 01 2025

HORA
INICIO: 7:00 AM ☒ PM ☐
FINAL: 5:00 AM ☐ PM ☒

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

SECUENCIA ORDENADA DEL PROCEDIMIENTO Y TAREAS A REALIZAR

DEMOLICIONES DE MUROS Y PANTALLAS	CONSTRUCCIÓN DE PLACA ALIGERADA [illegible]	CONSTRUCCIÓN DE ELEMENTOS VERTICALES COLUMNAS Y PANTALLAS
1 Toma de medidas y niveles	1. Armado de placa con formaleta convencional (camilla y tal) a tabla tripa	1. Toma de medidas y niveles para ubicación de elementos verticales
2 Instalación de equipo y accesorios	2. Toma de medidas y niveles para ubicación de elementos verticales	2. Amarre acero de elementos verticales
3 Limpieza de terreno	3. Instalación de tapas y repisas de vigas	3. Encofrado del elemento
4 Armado de andamio en donde se requiera	4. Amarre de vigas, viguetas y placa	4. Plomada
5 Demolición de piso	5. Encofrado perimetral	5. Fundida del elemento
6 Corte de acero	6. Instalación de ductos en placa	6. Regletas
7	7. Fundida de placa inferior o mortero	7. Desencofre el elemento
8	8. Instalación de casetón (donde lo requiera)	8. Proceso de curado (agua y/o sikacurado)
9	9. Instalación de malla o refuerzo de acero en placa superior	9
10	10. Fundida de placa superior	10.
11	11. Desencofre perimetral	11.
12	12. Desarme de placa	12

RETIRO DE MATERIAL A NIVELES SUPERIORES A 2.0 Mts	REMATES	CORTE DE ACERO CON EQUIPO DE OXICORTE
1 Armado de andamio y/o instalación de escalera que permita alcanzar la altura necesaria	1. Armado de andamio en las zonas que se requiera para alcanzar la altura necesaria	1. Limpieza y adecuación de terreno en áreas a trabajar
2 Delimitación y aislamiento de la zona con probabilidad de caída de objetos	2. Perfilar pantallas con taladro eléctrico (en caso de ser necesario)	2. Armado de andamio en las zonas que lo requiera (pilotes)
3 Se ejerce fuerza con herramienta manual (pala y/o pica)	3. Distribuir con palustre (espátula) en pantallas para las zonas que requieren	3. Inspección del equipo de oxicorte
4 Ejecución de fuerza mecánica (para los casos que se requiera uso de taladro)	4. Preparación de cemento blanco y/o yeso	4. Ejecución de la actividad de corte de acero con equipo de oxicorte
5	5. Aplicación de cemento en las zonas que se requiera (masilla)	5

APERTURA DEL CERTIFICADO

SOLICITANTE RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA

[illegible]

FIRMA

NOMBRE Jhon Ecmoio

VALIDACIÓN
(COORDINADOR Y/O INSPECTOR SST)
RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN

[illegible]

FIRMA

NOMBRE

V.B SST INTERVENTORÍA

NOMBRE Y APELLIDO

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL CONTRA CAÍDAS (MARQUE CON UNA X)

1 ELIMINACIÓN [illegible]		11 CIERRE DE VÍAS		21 [illegible]		VALIDACIÓN NOMBRE Y APELLIDO
2 [illegible] BARANDAS		12 [illegible]		22 [illegible]	✓	
3 [illegible] TERRENO		13 [illegible]	✓	23 [illegible]	✓	
4 [illegible]	✓	14 [illegible] ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		24 [illegible]	✓	
5 SEÑALIZACIÓN DEL ÁREA		15 MECANISMO DE ANCLAJE		25 [illegible]		
6 PUNTOS DE ANCLAJE	✓	16 E.P.P. ESPECIAL		26 [illegible]		CARGO DEL CERTIFICADO DE APOYO
7 [illegible]		17 E.P.P. ADICIONAL		27 [illegible]		[illegible]
8 [illegible]		18 [illegible] PROCEDIMIENTO		28 [illegible]		
9 [illegible]	✓	19 [illegible]		29 [illegible]		
10 [illegible]		20 [illegible]		30 OTRO		SUPERVISOR RESPONSABLE (EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS)

TIPO DE TRABAJO A REALIZAR CON UNA X

1 TRABAJO EN ANDAMIOS TUBULARES		7 MANIPULACIÓN DE ESCALERAS MÓVILES		13 TRABAJOS EN PLANOS INCLINADOS		FIRMA
2 TRABAJO EN ANDAMIOS MULTIDIRECCIONALES		8 ACCESO A POZOS, ZANJAS Y ABERTURAS		14 SUPERFICIES EN DESNIVEL		
3 TRABAJO EN ANDAMIO ESTRUCTURAL		9 TRABAJOS EN TEJADOS Y CUBIERTAS		15 MANIPULACIÓN DE MÁQUINAS		
4 TRABAJO EN ANDAMIO COLGANTE		10 TRABAJOS EN BORDES DESPROTEGIDOS (PLATAFORMAS)		16 MANIPULACIÓN DE EQUIPOS DE ELEVACIÓN		NOMBRE
5 MANIPULACIÓN DE ESCALAS		11 TRABAJOS EN BORDES DESPROTEGIDOS (LOZAS)		17 POZOS Y FOSOS DE ASCENSORES		
6 MANIPULACIÓN DE ESCALERAS FIJAS		12 TRABAJOS EN PALOMERAS		18 MANTENIMIENTOS		

Elaboró: Ing. [illegible] Responsable SST	Revisó: Dr. [illegible] Director Jurídico	Aprobó: Ing. Juan Camilo Rozo [illegible] Representante Legal

---

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO DE APOYO TRABAJO EN CALIENTE

Versión 01	FT-SG-SST-020	Fecha 01-08-2022	Página 2 de 4

EQUIPO DE PROTECCIÓN NECESARIO

1 OVEROL/CAMISA/PANTALÓN	✓	7 DELANTAL DE CAUCHO		13 EQUIPO PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS		OBSERVACIONES
2 CASCO	✓	8 GUANTES	✓	14 MASCARILLA POLVO/HUMOS	✓	
3 BOTAS DE SEGURIDAD (MATERIAL)	✓	9 VENTILACIÓN FORZADA		15 RESP. VAPORES ÁCIDOS		
4 GAFAS PROTECTORAS	✓	10 ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA	✓	16 OTRO		
5 PROTECCIÓN FACIAL	✓	11 EQ. AIRE AUTOCONTENIDO	✓			
6 PROTECCIÓN PARA OÍDOS	✓	12 BOTAS DE CAUCHO				

Los trabajadores han recibido instrucciones sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI ☒ NO ☐ ☐

VERIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS (ANTES DE INICIAR LABORES)	SI	NO	NA
¿EL SITIO DONDE SE EJECUTARÁ EL TRABAJO ESTÁ LIBRE DE SUSTANCIAS QUÍMICAS Y MATERIALES QUE PUEDAN SER COMBUSTIBLES O INFLAMABLES?	✓		
¿LOS EQUIPOS Y MATERIALES ESTÁN CUBIERTOS Y PROTEGIDOS CORRECTAMENTE CON LONAS?	✓		
¿SE HAN INSTALADO CINTAS DE PELIGRO PARA AISLAR LAS PERSONAS Y EQUIPOS DE LAS ÁREAS VECINAS?	✓		
¿SE HAN CUBIERTO TODAS LAS ABERTURAS EN PAREDES Y PISOS?	✓		
¿SE HAN DISPUESTO EXTINTORES ADECUADOS EN EL SITIO DE TRABAJO?	✓		
¿LOS EQUIPOS A UTILIZAR TIENEN SUS CABLES Y CONEXIONES EN BUENAS CONDICIONES?	✓		
¿LA PERSONA ENCARGADA DE EJECUTAR LA LABOR HA RECIBIDO INSTRUCCIONES Y PRECAUCIONES A SEGUIR EN LA EJECUCIÓN DE LA TAREA?	✓		
¿SE REQUIERE LA PRESENCIA DE UNA PERSONA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL O UN BRIGADISTA DE LA EMPRESA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA LABOR?	✓		
¿SE HA VERIFICADO Y ENSAYADO LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO Y DE SEGURIDAD EN MÁQUINAS Y EQUIPOS DE LA ZONA DONDE SE REALIZARÁ EL TRABAJO?	✓		
¿SE GARANTIZA QUE LA PERSONA QUE REALIZARÁ EL TRABAJO, CONOCE EL EQUIPO Y LOS PROCEDIMIENTOS CONTEMPLADOS PARA SOLICITAR UN PERMISO?	✓		
SI EL SUELO ES DE MATERIAL COMBUSTIBLE, ¿SE HA MOJADO LA ZONA O CUBIERTO CON ARENA MOJADA U OTRO MATERIAL INCOMBUSTIBLE?	✓		
¿SE HA DELIMITADO Y SEÑALIZADO EL ÁREA DE TRABAJO COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN?	✓		
¿SE HAN IMPLEMENTADO LAS MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN (CONTROL DE ACCESO)?	✓		
¿EL EQUIPO DE SOLDADURA HA SIDO INSPECCIONADO Y SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO?	✓		
¿EL ÁREA DE TRABAJO TIENE UNA CORRECTA VENTILACIÓN NATURAL O ES NECESARIO EMPLEAR VENTILACIÓN ARTIFICIAL?	✓		
¿LAS MANGUERAS SE ENCUENTRAN LIBRES DE GRIETAS, CRISTALIZACIÓN Y LOS ACOPLES ESTÁN HERMÉTICAMENTE SELLADOS?	✓		
¿LOS CILINDROS SE ENCUENTRAN EN POSICIÓN VERTICAL, BIEN ASEGURADOS Y LIBRES DE FUGAS?	✓		
¿LOS CILINDROS CUMPLEN CON EL ESTÁNDAR DE IDENTIFICACIÓN?	✓		
¿SE OBSERVA BLOQUEO VISUAL EN LLAVES DE PASO, VÁLVULAS Y EQUIPOS?	✓		
¿LA ACTIVIDAD DE TRABAJO EN CALIENTE, REQUIERE EL CORTE DE ENERGÍA ELÉCTRICA O GAS?	✓		

REQUERIMIENTO DE DOCUMENTOS ANEXOS (REVISADOS POR EL INSPECTOR SST)	SI	NO	NA
SE HA VERIFICADO LA AFILIACIÓN VIGENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL DE LAS PERSONAS DIRECTAS Y CONTRATISTAS (ANEXAR EVIDENCIAS)	✓		
SE HAN REVISADO LOS CERTIFICADOS DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL DE CADA TRABAJADOR	✓		
SE VERIFICÓ EL BUEN ESTADO DE LAS HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR (REGISTROS DE INSPECCIÓN)	✓		

AFECTACIONES	SI	NO	NA
¿ESTE TRABAJO PRODUCE RIESGOS PARA OTROS TRABAJOS EN ÁREAS ADYACENTES?	✓		
¿LOS TRABAJOS EN ÁREAS ADYACENTES PRODUCEN RIESGOS SOBRE ESTE TRABAJO?	✓		
	✓		
¿CUÁLES SON LAS ACCIONES PARA CONTROLAR ESTOS RIESGOS? (EXPLIQUE)			

LISTADO DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR

polidora	extenciones
Taladro	
demoledor	
Andamio	

FIRMAS EMISIÓN Y REVALIDACIONES						N° TRABAJADORES	PERMISO N°
FECHA (dd/mm/aa)	HORA / DESDE - HASTA (hora:hora)	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
16.01.25	orlando Pojes	11319199				EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE CANCELARSE EN CUALQUIER MOMENTO	

Elaboró: Ing. Wilfredo [illegible] Responsable SST	Revisó: Dr. Humberto Rivas Director Jurídico	Aprobó: Ing. [illegible] Representante Legal

PERMISO DE TRABAJO

FECHA:

LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA, EXPLOSIÓN, INCENDIO O SEÑAL DE EVACUACIÓN OCASIONA LA SUSPENSIÓN DEL PRESENTE PERMISO. ME COMPROMETO A REVISAR EL ATS Y A SEGUIR LOS PARÁMETROS DESCRITOS EN EL PRESENTE PERMISO Y/O LOS ANEXOS QUE SEAN NECESARIOS.

Fecha de emisión: 07 01 20 7:00 AM
Fecha de finalización: 11 01 20 5:00 pm
No. trabajadores que participaran: 2
Emitido por: JHON ZAMORA
Proyecto: colegio Boita
Ciudad: Bogota
Responsable del trabajo: Ferney Pineda
Empresa ejecutora: Solmofel

Instalacion varandas, soldado de varandas

☑ Herramienta eléctrica y/o mecánica ☑ Herramienta manual ☐ Equipos Colgantes ☐ Otros

☐ Iluminación (Exceso o Deficiencia)
☐ Presencia de vectores y/o Animales
☐ Trabajo bajo de cargas
☐ Obstáculos sobre las Rutas Evacuación
☐ Tránsito de vehículos en el área
☐ Trabajos en altura
☐ Trabajo sobre piso húmedo
☐ Manejo de energías peligrosas
☐ Otros (especifique)
☑ Trabajo manual
☑ Caída de Objetos

☑ Proyección de partículas
☑ Caídas menores a 1.50 m
☑ Caídas mayores a 1.50 m
☐ Medios de acceso en mal estado
☐ Levantamiento de Carga Mecánico
☐ Condiciones climáticas adversas:
☐ Proximidad red energizada Dist. Min:
☐ Otros (especifique)
☑ Vibraciones
☐ Contacto eléctrico
☐ Atrapamiento
☐ Cables expuestos
☐ Corte no visible
☐ Atmósfera explosiva
☐ Fuentes de Ignición
☑ Vapores, emisiones, polvo
☑ Altas temperaturas
☐ Bajas temperaturas
☐ Deficiencias de Iluminación
☐ Quemaduras (Herramientas / Materiales)
☐ Almacenamiento de químicos
☐ Extensiones en mal estado
☑ Ruido
☐ Contacto directo/indirecto
☐ Caída de objetos
☐ Espacio reducido
☐ Levantamiento manual de cargas
☐ Subestación Inundada
☐ Excavaciones

Tronco
☐ Traje Ignífugo ☑ Jean y buzo ☐ Equipo impermeable (Capa, Pantalón Chaqueta) ☐ Otros (especifique)

Pies
☑ Calzado de seguridad Dieléctrico ☐ Botas Impermeables ☐ Otros (especifique)

Protección respiratoria
☑ Mascarilla Material Particulado (Desechable, N95) ☑ Respiradores (Filtro). Qué tipo: ☐ Otros (especifique)

Protección de manos
☑ Guantes de Vaqueta ☑ Guantes de Hilo ☑ Guantes de Caucho ☐ Guantes Dieléctricos ☐ Otros (especifique)

Protección cabeza, facial y ocular
☑ Gafas de protección (Oscura o Clara) ☐ Careta ☐ Casco Dieléctrico + Barbuquejo ☐ Chavo (Monja) ☐ Otros (especifique)

Protección Auditiva
☑ Protectores de Inserción ☐ Protectores de Copa ☐ Otros (especifique)

Protección contra caídas (Trabajo en alturas y Espacios confinados)
☐ SD ☐ Tie Off ☐ Mosquetón ☐ Anclajes portátil ☐ Trípode de rescate ☐ Eslinga de posicionamiento ☐ Cuerda Guaya Acerada
☐ 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 tipo tijera ☐ Escalera Multipropósito ☐ Escalera extensible ☐ Andamio ☐ Otros (especifique)

Barreras/señales de advertencia
☐ Cinta plástica de precaución ☐ Conos ☐ Chaleco reflectivo ☐ Otros (especifique)

Primeros auxilios u otros
☑ Botiquín de primeros auxilios ☑ Camilla ☑ Equipo de rescate ☐ Otros (especifique)

Nombre / Cargo	Cedula	Trabajo a ejecutar (Eléctrico, Altura, Espacios Confinados, Caliente)	Firma diaria (Los abajo firmantes, entendemos las condiciones, riesgos y controles establecidos para efectuar la labor. Contamos vinculación con seguridad social (EPS, ARP y AFP vigentes)						
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Ferney Pineda	14820954	caliente		Fey	Fey	Fey	Fey	Fey	
Sergio Rafael	549408	caliente		SJ	SJ	SJ	SJ	SJ	

Ítem	SI	NO	N.A
El personal fue notificado del trabajo a realizar	✓		
Fueron comunicadas las responsabilidades del permiso	✓		
Se le informo al trabajador las condiciones para interrumpir 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)

SMF

PERMISO DE TRABAJO

FECHA:

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIARSE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO Ó N/A SEGÚN CORRESPONDA PARA SU VALIDACIÓN

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Se ha verificado que el punto de operación de la pulidora se encuentra en buen estado y cuenta con su respectiva guarda de seguridad		✓	✓	✓	✓	✓	
El disco de corte se encuentra en buenas condiciones mecánicas (sin dobladuras, fisuras, etc.) y es acorde a la labor a realizar: (rugosidad para desbaste y de corte para corte)		✓	✓	✓	✓	✓	
Las herramientas utilizadas en la labor cumplen con estándares de seguridad establecidos (equipos aterrizados, sin empalmes, sin cableado expuesto, presencia de sustancias grasas o aceites)		✓	✓	✓	✓	✓	
La pulidora está provista de seguros contra arranques accidentales y se encuentra en buenas condiciones		✓	✓	✓	✓	✓	
La limpieza y lubricación del equipo de trabajo es el adecuado		✓	✓	✓	✓	✓	
Se identificaron los detectores de humo en las áreas circundantes al lugar de trabajo y se notificó del trabajo a realizar		✓	✓	✓	✓	✓	
Se instaló tapa en caso de que haya detector de humo en el área		✓	✓	✓	✓	✓	
Equipos y alrededores están limpios y libres de agua, aceites y/o químicos							

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.

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIARSE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO Ó N/A SEGÚN CORRESPONDA PARA SU VALIDACIÓN

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Se eliminaron del área líquidos inflamables y combustibles mediante una limpieza general		✓	✓	✓	✓	✓	
Se verificó la explosividad del área		✓	✓	✓	✓	✓	
El área de trabajo se encuentra limpia y ordenada sin presencia de residuos como papel o cartón		✓	✓	✓	✓	✓	
Se ha verificado estado de la manguera, boquilla, perilla, llama (color y fuerza de la misma) y se encuentra en buen estado		✓	✓	✓	✓	✓	
Se tiene extintor y equipo contraincendios en el área de trabajo y el personal sabe utilizarlo al momento de un conato de incendio		✓	✓	✓	✓	✓	
El área está libre de humedad		✓	✓	✓	✓	✓	
Se ha verificado el estado del cilindro de gas, grifería, válvula, se encuentra bien ubicado y en buen estado		✓	✓	✓	✓	✓	
Se cuenta con soporte para el agarre del Mole		✓	✓	✓	✓	✓	
El Mole se encuentra en buenas condiciones		✓	✓	✓	✓	✓	
Se cuenta con EPP (careta, guantes de carnaza, botas, entre otros dependiendo de la actividad)		✓	✓	✓	✓	✓	
Realizar limpieza al área una vez terminado el trabajo							

SI ☐ NO ☐

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 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.

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIARSE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO Ó N/A SEGÚN CORRESPONDA PARA SU VALIDACIÓN

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El personal que va a realizar la tarea cuenta con Tarjeta CONTE							
El equipo a intervenir requiere estar desenergizado							
Se bloquearon y etiquetaron los tableros eléctricos involucrados							
Se ha verificado la ausencia de tensión. (Pinza voltiamperimétrica)							
Se requiere la instalación de las puestas a tierra / aterrizamiento de circuitos							
Se realizó la inspección de herramientas manuales y son aptas para su uso (dieléctricas)							
Se instalaron protecciones de seguridad (conos, alarmas, bloqueos, etc.)							
Se revisaron 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 alrededores 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.

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIARSE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, N/A O LA ALTURA DEL TRABAJO A REALIZAR SEGÚN CORRESPONDA

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Escriba la altura aproximada a la cual 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 a utilizar es de material 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 existe 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 parar los trabajadores							
El sistema de enganche del arnés a la cuerda es de ajuste 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, silla colgante, plataformas, etc. (según procedimientos 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 de procedimientos o algún sistema de sujeción para las herramientas, los materiales y equipos se encuentran asegurados no permitiendo la caída							
La proximidad a los puntos de energía (eléctrica, mecánica, neumática, térmica, etc) fueron analizados							
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 golpee contra estructuras inferiores o adyacentes?							
Se elaboró el procedimiento escrito para el rescate							
Se realizó el análisis de riesgo 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 alturas 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.

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIARSE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, N/A O LA ALTURA DEL TRABAJO A REALIZAR SEGÚN CORRESPONDA

[illegible]	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 parte externa							
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:

[illegible]

EMISOR / CLIENTE

FIRMA:

VALIDACIÓN DEL PERMISO

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE / EJECUTOR

FIRMA:

VALIDACIÓN DEL PERMISO

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

OBSERVACIONES:

SUPERVISOR HSE

FIRMA:

VALIDACIÓN DEL PERMISO

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

OBSERVACIONES:

PERMISO DE TRABAJO

[illegible]

Fecha de emisión: 18 01 25 7.00 AM
Fecha de finalización: 18 01 25 5.00 pm
No. trabajadores que participaran: 2
Emitido por: Jhon Zamora
Proyecto: Colegio Bolta
Ciudad: Bogotá
Responsable del trabajo: Ferney Pineda / soldador
Empresa ejecutora: SOLMOFCI

instalación a agrado de barandas
soldado de barandas

☒ Herramienta eléctrica y/o mecánica ☒ Herramienta manual ☐ Equipos Colgantes ☐ Otros

☐ Iluminación (Exceso o Deficiencia)
☐ Presencia de vectores y/o Animales
☐ Trabajo bajo de cargas
☐ Obstrucción sobre las Rutas Evacuación
☐ Tránsito de vehículos en el área
☐ Trabajo en altura
☐ Trabajo sobre piso húmedo
☐ Manejo de energías peligrosas
☐ Otros (especifique)
☒ Trabajo manual
☒ Caída de Objetos

☒ Proyección de partículas
☒ Caídas mayores a 1.50 m
☒ Caídas menores a 1.50 m
☐ Medios de acceso en mal estado
☐ Levantamiento de Carga Mecánico
☐ Condiciones climáticas adversas:
☐ Proximidad red energizada Dist. Min:
☐ Otros (especifique)
☒ Vibraciones
☒ Contacto eléctrico
☒ Atrapamiento
☐ Cables expuestos
☐ Corte no visible
☐ Atmósfera explosiva
☐ Fuentes de ignición
☒ Vapores, emisiones, polvo
☒ Altas temperaturas
☐ Bajas temperaturas
☐ Deficiencias de iluminación
☐ Quemaduras (escaldaduras y salpicaduras)
☒ Almacenamiento de químicos
☐ Extensiones en mal estado
☒ Ruido
☐ Contacto desnivel/deslizamiento
☐ Caída de objetos
☐ Espacio reducido
☐ Levantamiento manual de cargas
☐ Subestación Inundada
☐ Excavaciones

Tronco
☐ Traje ignífugo ☒ Jean y buzo ☐ Equipo impermeable (Capa, Pantalón Chaqueta) ☐ Otros (especifique)

Pies
☒ Calzado de seguridad Dieléctrico ☐ Botas Impermeables ☐ Otros (especifique)

Protección respiratoria
☒ Mascarilla Material Particulado (Desechable, N95) ☒ 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 (Oscuras o Claras) ☒ Careta ☒ Casco Dieléctrico + Barbuquejo ☐ Chavo (Monja) ☐ 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 Guaya Acerada
☐ RD ☐ 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 tipo tijera ☐ Escalera Multipropósito ☐ Escalera extensible ☐ Andamio ☐ Otros (especifique)

Barreras/señales de advertencia
☒ Cinta plástica de precaución ☒ Conos ☐ Chaleco reflectivo ☐ Otros (especifique)

Primeros auxilios y otros
☒ Botiquín de primeros auxilios ☒ Camilla ☒ Equipo de rescate ☐ Otros (especifique)

Nombre / Cargo	Cédula	Trabajo a ejecutar (Eléctrico, Alturas, Espacios Confinados, Caliente)	Firma diaria (Con dicha firma entiendo los condiciones, riesgos y controles establecidos para efectuar la labor. También aseguramos tener nuestra seguridad social EPS, ARP y AFP vigentes)						
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Sergio Rod...	5149408								
FERNEY PINEDA	74820951								

Ítem	SI	NO	N.A
El personal fue notificado del trabajo a realizar	✓		
Fueron comunicadas las responsabilidades del permiso	✓		
Se le informo al trabajador las condiciones para interrumpir 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)

	SI	NO
La inducción de seguridad en obra	✓	NO
Ha recibido capacitación en el tema?	✓	NO
Métodos de inspección a utilizar	✓	NO
Los responsables del área de trabajo	✓	NO
Los mecanismos de control de los riesgos	✓	NO
El sistema de alarmas y los puntos de reunión	✓	NO
La ubicación de los equipos contra incendios	✓	NO
Los riesgos específicos del trabajo y del área	✓	NO
El posible impacto ambiental del trabajo a realizar	✓	NO

Otros (especifique):

☒ ATS diligenciado ☒ Inspecciones realizadas ☒ Procedimientos de Trabajo ☐ Otros (especifique)

SMF

PERMISO DE TRABAJO

FECHA:

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

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Se ha verificado que el punto de operación de la pulidora se encuentra en buen estado y cuenta con su respectiva guarda de seguridad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
El disco de corte se encuentra en buenas condiciones mecánicas (sin dobladuras, fisuras, etc) y es acorde a la labor a realizar: (agregado para concreto y de corte para varilla)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Las herramientas utilizadas en la labor cumplen con estándares de seguridad establecidos (equipos aterrizados, sin empalmes, sin cableado expuesto, presencia de sustancias grasas o aceites)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
La pulidora está provista de seguro contra arranques accidentales y se encuentra en buenas condiciones.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
La limpieza y lubricación del equipo de trabajo es el adecuado.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se identificaron los detectores de humo en las áreas circundantes al lugar de trabajo y se notificó del trabajo a realizar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se cubrirá tapa en caso de que haya detector de humo en el área.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Equipos y alrededores están limpios y libres de agua, aceites y/o químicos.							

SI ☐ NO ☐

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 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.

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

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Se eliminaron del área líquidos inflamables y combustibles mediante una limpieza general	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se verificó la explosividad del área.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
El área de trabajo se encuentra limpia y ordenada sin presencia de residuos como papel o cartón.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se ha verificado estado de la manguera, boquilla, perilla, llama (color y fuerza de la misma) y se encuentra en buen estado.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se tiene extintor o equipo contraincendios en el área de trabajo y el personal sabe utilizarlo al momento de un conato de incendio.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
El área está libre de humedad.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se ha verificado el estado del Cilindro de gas, gribas, válvula, se encuentra bien ubicado y en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se cuenta con soporte para el agarre del Mulato	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
El Mulato se encuentra en buenas condiciones.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se cuenta con EPP (careta, guantes de carnaza, botas, entre otros dependiendo de la actividad)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Realizar limpieza al área una vez terminado el trabajo.							

SI ☐ NO ☐

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 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.

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

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El personal que va a realizar la tarea cuenta con Tarjeta CONTE.							
El equipo a intervenir requiere estar desenergizado.							
Se bloquearon y etiquetaron los tableros eléctricos involucrados.							
Se ha verificado la ausencia de tensión. (Pinza voltiamperimétrica)							
Se requiere la instalación de los puestos a tierra / aterrizamiento de circuitos.							
Se realizó la inspección de herramientas manuales y son aptas para su uso (dieléctricas)							
Se establecieron protecciones de seguridad (cintas, alarmas, bloqueos, etc).							
Se evaluaron 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 o equipo contraincendios en el área de trabajo y el personal sabe utilizarlo al momento de un conato de incendio.							
Equipo y alrededores 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 ________

SI ☐ NO ☐

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 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.

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIAR EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, N/A O LA ALTURA DEL TRABAJO A REALIZAR SEGÚN CORRESPONDA

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Escriba la altura aproximada a la cual se va a realizar el trabajo (en Mt)							
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 corrosión, cortes y uniones.							
El personal que participará en la actividad se encuentra apto y está capacitado para trabajo en alturas (Certificado de competencias)							
El arnés a utilizar es de material 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 o 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 va a parar los trabajadores							
El sistema de enganche del arnés a la cuerda es de acción rápida							
Se cuenta con conexión a una línea de vida o punto de anclaje.							
Se revisaron condiciones de los sistemas de acceso como escaleras, andamios, alto riesgos, plataformas, etc. (según procedimientos de la organización)							
Se realizó la inspección del andamio (Rojo/Verde) 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 de portaherramientas o algún sistema de sujeción para las herramientas, los materiales o equipos se encuentran asegurados de prevención de caída							
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 golpee contra estructuras inferiores o adyacentes?							
Se elaboró el procedimiento escrito para el rescate.							
Se realizó el análisis de riesgos y se verificó el cumplimiento de los controles.							

SI ☐ NO ☐

En términos generales las condiciones de trabajo y de salud del personal que hará el trabajo en alturas es adecuado para la realización de la labor?

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.

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIAR EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, N/A O LA ALTURA DEL TRABAJO A REALIZAR SEGÚN CORRESPONDA

[illegible]	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 al personal, confiable, con sistema de comunicación entre el equipo que ejecuta la actividad y el equipo de soporte parte externa.							
Existe iluminación suficiente en el área y, si se requiere por las condiciones del trabajo, la iluminación es antiexplosiva.							
Si se requieren 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.							

SI ☐ NO ☐

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 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.

SMF

PERMISO DE TRABAJO

FECHA:

[illegible]

EMISOR / CLIENTE [illegible]	**RESPONSABLE / EJECUTOR** [illegible]	**SUPERVISOR HSE** [illegible]
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:
VALIDACIÓN DEL PERMISO	VALIDACIÓN DEL PERMISO	VALIDACIÓN DEL PERMISO
OBSERVACIONES	OBSERVACIONES	OBSERVACIONES

SMF

PERMISO DE TRABAJO

FECHA:

LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA, EXPLOSIÓN, INCENDIO O SEÑAL DE EVACUACIÓN DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL PRESENTE PERMISO
ME COMPROMETO A REVISAR EL ATS Y A SEGUIR LOS PARÁMETROS DESCRITOS EN EL PRESENTE PERMISO Y/O LOS ANEXOS QUE SEAN NECESARIOS.

Fecha de emisión: 20 01 23 7:00 AM **Proyecto:** Boito
Fecha de finalización: 20 01 23 12:00 PM **Ciudad:** Bogota
No. trabajadores que participarán: 2 **Responsable del trabajo:** Ferney Pinedo / soldador
Emitido por: JHON EAMBIO / SST **Empresa ejecutora:** Solmofel

Armado de baranda, soldado y instalación

☒ Herramienta eléctrica y/o mecánica ☒ Herramienta manual ☐ Equipos Colgantes ☐ Otros

☐ Iluminación (Exceso o Deficiencia)
☐ Presencia de vectores y/o Animales
☐ Trabajo bajo de cargas
☐ Obstáculos sobre las Rutas Evacuación
☐ Tránsito de vehículos en el área
☐ Trabajos en altura
☐ Trabajo sobre piso húmedo
☐ Manejo de energías peligrosas
☐ Otros (especifique)
☐ Trabajo manual
☐ Caída de Objetos

☒ Proyección de partículas
☒ Caídas menores a 1.50 m
☐ Caídas mayores a 1.50 m
☐ Medios de acceso en mal estado
☐ Levantamiento de Carga Mecánico
☐ Condiciones climáticas adversas:
☒ Proximidad red energizada Dist. Min:
☐ Otros (especifique)
☒ Vibraciones
☒ Contacto eléctrico
☐ Atrapamiento
☐ Cables expuestos
☐ Corte no visible
☒ Atmósfera explosiva
☐ Fuentes de Ignición
☒ Vapores, emisiones, polvo
☑ Altas temperaturas
☐ Bajas temperaturas
☐ Deficiencias de iluminación
☒ Quemaduras (escoriaciones y/o materiales)
☐ Almacenamiento de químicos
☐ Extensiones en mal estado
☒ Ruido
☐ Contacto directo/indirecto
☑ Caída de objetos
☐ Espacio reducido
☐ Levantamiento manual de cargas
☐ Subestación Inundada
☐ Excavaciones

Tronco
☐ Traje ignífugo ☒ Jean y buzo ☐ Equipo impermeable (Capa, Pantalón-Chaqueta) ☐ Otros (especifique)

Pies
☒ Calzado de seguridad Dieléctrico ☒ Botas Impermeables ☐ Otros (especifique)

Protección respiratoria
☒ Mascarilla Material Particulado (Desechable, N95) ☒ Respiradores (Filtro), Qué 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 (Oscuro o Claro) ☒ Careta ☒ Casco Dieléctrico + Barbuquejo ☒ Chavo (Monja) ☐ Otros (especifique)

Protección Auditiva
☒ Protectores de Inserción ☒ Protectores de Copa ☐ Otros (especifique)

Protección contra caídas (Trabajo en alturas y Espacios confinados)
☐ SI ☐ Tie Off ☐ Mosquetón ☐ Anclajes portátil ☐ Trípode de rescate ☐ Eslinga de posicionamiento ☐ Cuerda Guaya Acerada
☐ 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 tipo tijera ☐ Escalera Multipropósito ☐ Escalera extensible ☐ Andamio ☐ Otros (especifique)

Barreras/señales de advertencia
☒ Cinta plástica de precaución ☒ Conos ☐ Chaleco reflectivo ☐ Otros (especifique)

Primeros auxilios u otros
☒ Botiquín de primeros auxilios ☒ Camilla ☒ Equipo de rescate ☐ Otros (especifique)

Nombre / Cargo	Cédula	Trabajo a ejecutar (Alturas, Eléctrico, Espacios Confinados, Caliente)	Firma diaria (Los abajo firmantes, conocemos las condiciones, riesgos y controles establecidos para efectuar la labor. También [illegible] seguridad [illegible] ATS, AR y [illegible]) Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
FERNEY PINEDA	79820954	caliente							
	54440	caliente							

Ítem	SI	NO	N.A
El personal fue notificado del trabajo a realizar	✓		
Fueron comunicadas las responsabilidades del permiso	✓		
Se le informo al trabajador las condiciones para interrumpir 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 los siguientes: (Marque con una X)

	SI	NO
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	✓	NO
Los mecanismos de control de los riesgos	✓	NO
El sistema de alarmas y los puntos de reunión	✓	NO
La ubicación de los equipos contra incendios	✓	NO
Los riesgos específicos del trabajo y del área	✓	NO
El posible impacto ambiental del trabajo a realizar	✓	NO

Otros (especifique)

☒ ATS diligenciado ☒ Inspecciones realizadas ☒ Procedimientos de Trabajo ☐ Otros (especifique)

SM

PERMISO DE TRABAJO

FECHA:

NO APLICA ☐ APLICA ☑

FAVOR DILIGENCIE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO Ó N/A SEGÚN CORRESPONDA PARA SU VALIDACIÓN

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Se ha verificado que el punto de operación de la pulidora se encuentra en buen estado y cuenta con su respectiva guarda de seguridad.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
El disco de corte se encuentra en buenas condiciones mecánicas (sin dobladuras, fisuras, etc.) y es acorde a la labor a realizar: [illegible] para cortar y de corte para varilla.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Las herramientas utilizadas en la labor cumplen con estándares de seguridad establecidos (equipo [illegible], sin cableado expuesto, presencia de residuos grasos o aceites)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
La máquina está provista de seguros contra arranques accidentales y se encuentra en buenas condiciones	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
La limpieza y lubricación del equipo de trabajo es el adecuado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se identificaron los detectores de humo en las áreas circundantes al lugar de trabajo y se notificó del trabajo a realizar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se realiza [illegible] en caso de que haya detector de humo en el área	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Equipos y herramientas están limpios y libres de agua, aceites y/o químicos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

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.

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO Ó N/A SEGÚN CORRESPONDA PARA SU VALIDACIÓN

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Se eliminaron del área líquidos inflamables y combustibles mediante una limpieza general	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se verificó la explosividad del área	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
El área de trabajo se encuentra limpia y ordenada sin presencia de residuos como papel o cartón	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se ha verificado estado de la manguera, boquilla, perilla, llama (color y fuerza de la misma) y se encuentra en buen estado.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se tiene extintor o equipo contraincendios en el área de trabajo y el personal sabe utilizarlo al momento de un conato de incendio	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
El área está libre de humedad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se ha verificado el estado del Cilindro de gas, guías, válvula, se encuentra bien ubicado y en buen estado.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se cuenta con soporte para el agarre del [illegible]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
El [illegible] se encuentra en buenas condiciones	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se cuenta con EPP (careta, guantes de carnaza, botas, entre otros dependiendo de la actividad)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Realizar limpieza al área una vez terminado el trabajo.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

SI ☐ NO ☐

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 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.

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO Ó N/A SEGÚN CORRESPONDA PARA SU VALIDACIÓN

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El personal que va a realizar la tarea cuenta con Tarjeta CONTE.							
El equipo o elemento requiere estar desenergizado.							
Se bloquearon y etiquetaron los sistemas eléctricos involucrados.							
Se ha verificado la ausencia de tensión. (Pinza voltiamperimétrica)							
Se requiere la instalación de las puestas a tierra / aterrizamiento de circuitos.							
Se realizó la inspección de herramientas manuales y son aptas para su uso (dieléctricas)							
Se instalaron protecciones de seguridad (conos, alarmas, bloqueos, etc).							
Se revisaron 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 o equipo contraincendios en el área de trabajo y el personal sabe utilizarlo al momento de un conato de incendio.							
Equipos y herramientas 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 ______

SI ☐ NO ☐

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 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.

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, N/A O LA ALTURA DEL TRABAJO A REALIZAR SEGÚN CORRESPONDA

[illegible]	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Escriba la altura aproximada a la cual 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 corrosión, nudos y uniones.							
El personal que participará en la actividad se encuentra apto y está capacitado para trabajar en alturas (Certificado de competencias).							
El arnés a utilizar es de material 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 choques 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 parar los trabajadores							
El sistema de enganche del arnés a la cuerda es de cierre 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, sillas colgantes, plataformas, etc. (según procedimientos de la organización)							
Se realizó la inspección del andamio (Fijo/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 de portaherramientas o algún sistema de sujeción para las herramientas, los materiales y equipos se encuentran asegurados no permitiendo la caída.							
La proximidad a los puntos de energía (eléctrica, mecánica, neumática, térmica, etc.) fueron analizados.							
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 golpee contra estructuras inferiores o adyacentes?							
Se elaboró el procedimiento escrito para el rescate.							
Se realizó el análisis de riesgos y se verificó el cumplimiento de los controles.							

SI ☐ NO ☐

En términos generales las condiciones de trabajo y de salud del personal que hará el trabajo en alturas es adecuado para la realización de la labor?

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.

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, N/A O LA ALTURA DEL TRABAJO A REALIZAR SEGÚN CORRESPONDA

[illegible]	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 parte externa							
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.

SMF

PERMISO DE TRABAJO

FECHA:

Se ha verificado que las personas encargadas de realizar los trabajos aplican procedimientos de trabajo [illegible] para minimizar los riesgos [illegible] al trabajo [illegible] necesario para la realización de la labor. Se considera seguro proceder con la operación del trabajo.

EMISOR / CLIENTE PERSONA QUE AUTORIZA	RESPONSABLE / EJECUTOR PERSONA QUE LIDERA LA / [illegible]	SUPERVISOR HSE PERSONA QUE AUTORIZA TRABAJOS EN ALTURAS / [illegible]
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:
VALIDACIÓN DEL PERMISO	VALIDACIÓN DEL PERMISO	VALIDACIÓN DEL PERMISO
OBSERVACIONES:	OBSERVACIONES:	OBSERVACIONES:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

SMF

PERMISO DE TRABAJO

FECHA

[illegible]

Fecha de emisión: 27 01 23 7:00 **Proyecto:** Bolivia

Fecha de finalización: 01 02 23 17:00 **Ciudad:** Bogotá

No. trabajadores que participarán: **Responsable del trabajo:** Fener pineda / soldador

Emitido por: JHON ECOMOICI / SST **Empresa ejecutora:** SOLMOFEL

Armado y pintado de barandas

☒ Herramienta eléctrica y/o mecánica ☒ Herramienta manual ☐ Equipos Colgantes ☐ Otros

☐ Iluminación (Exceso / Deficiencia) ☐ Obstáculos sobre las Rutas Evacuación ☐ Trabajo sobre piso húmedo ☐ Trabajo manual
☐ Presencia de vectores y/o Animales ☐ Tránsito de vehículos en el área ☐ Manejo de energías peligrosas ☐ Caída de Objetos
☐ Trabajo: Izaje de cargas ☐ Trabajos en altura ☐ Otros (especifique)

☑ Proyección de partículas
☒ Caídas menores a 1.50 m
☐ Caídas mayores a 1.50 m
☐ Medios de acceso en mal estado
☐ Levantamiento de Carga Mecánico
☐ Condiciones climáticas adversas: ____
☐ Proximidad red energizada Dist. Min: ____
☐ Otros (especifique)
☐ Vibraciones
☐ Contacto eléctrico
☐ Atrapamiento
☐ Cables expuestos
☐ Corte no visible
☐ Atmósfera explosiva
☐ Fuentes de Ignición
☒ Vapores, emisiones, polvo
☐ Altas temperaturas
☐ Bajas temperaturas
☐ Deficiencias de iluminación
☐ Quemaduras térmica, química
☐ Almacenamiento de químicos
☐ Extensiones en mal estado
☒ Ruido
☐ Contacto directo/indirecto
☒ Caída de objetos
☐ Espacio reducido
☒ Levantamiento manual de cargas
☐ Suberdación Inundada
☐ Excavaciones

Tronco
☐ Traje Ignífugo ☒ Jean y buzo ☐ Equipo impermeable (Capa, Pantalón Chaqueta) ☐ Otros (especifique)

Pies
☒ Calzado de seguridad Dieléctrico ☐ Botas Impermeables ☐ Otros (especifique)

Protección respiratoria
☑ Mascarilla Material Particulado (Desechable, N95) ☒ Respiradores (Filtro), Qué 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 / Clara) ☒ Careta ☒ Casco Dieléctrico + Barbuquejo ☐ Chavo (Monja) ☐ Otros (especifique)

Protección Auditiva
☒ Protectores de Inserción ☒ Protectores de Copa ☐ Otros (especifique)

Protección contra caídas (Trabajo en alturas y Espacios confinados)
☐ 3D ☐ Tie Off ☐ Mosquetón ☐ Anclajes portátil ☐ Trípode de rescate ☐ Eslinga de posicionamiento ☐ Cuerda Guaya Acerada
☐ 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 tipo tijera ☐ Escalera Multipropósito ☐ Escalera extensible ☐ Andamios ☐ Otros (especifique)

Barreras/señales de advertencia
☒ Cinta plástica de precaución ☑ Conos ☐ Chaleco reflectivo ☐ Otros (especifique)

Primeros auxilios y otros
☒ Botiquín de primeros auxilios ☑ Camilla ☒ Equipo de rescate ☐ Otros (especifique)

Nombre / Cargo	Cédula	Trabajo a ejecutar (Eléctrico, Alturas, Espacios Confinados, Caliente)	Firma diaria [illegible] Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Sergio Zafra /	549468	caliente	SJ	SJ	SP	SP	SP	SP	
Jasol Salamanca	1005?9738								
Mauricio Bocado	[illegible]								

Ítem	SI	NO	N.A
El personal fue notificado del trabajo a realizar	✓		
Fueron comunicadas las responsabilidades del permiso	✓		
Se le informó al trabajador las condiciones para interrumpir el permiso	✓		
Se le informó al trabajador de los cambios que afectan la seguridad del trabajo	✓		

El responsable del permiso asegura a que todos los trabajadores que participan en el mismo lo conozcan. Para ello a continuación se verifica la adopción de los siguientes: (Marque con una X)

La inducción de seguridad en obra	✓	NO	Los responsables del área de trabajo	✓	NO	La ubicación de los equipos contra incendios	✓	NO
Ha recibido capacitación en el tema?	✓	NO	Los mecanismos de control de los riesgos	✓	NO	Los riesgos específicos del trabajo y del área	✓	NO
Métodos de inspección a utilizar	✓	NO	El sistema de alarmas y los puntos de reunión	✓	NO	El posible impacto ambiental del trabajo a realizar	✓	NO

Otros (especifique):

☐ ATS diligenciado ☐ Inspecciones realizadas ☐ Procedimientos de Trabajo ☐ Otros (especifique)

SMF

PERMISO DE TRABAJO

[illegible]

NO APLICA ☐ APLICA ✓

FAVOR DILIGENCIAR EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, N/A SEGÚN CORRESPONDA PARA SU VALIDACIÓN

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
[illegible]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
[illegible]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
[illegible]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
[illegible]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
[illegible]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
[illegible]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
[illegible]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
[illegible]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

SI ☐ NO ☐

[illegible]

[illegible]

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIAR EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, 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]							

SI ☐ NO ☐

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 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, 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]							
[illegible]							
[illegible]							

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

SI ☐ NO ☐

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 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 DILIGENCIE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, N/A O LA ALTURA DEL TRABAJO A REALIZAR SEGÚN CORRESPONDA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
[illegible]							
Delimitar y señalizar 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							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							

SI ☐ NO ☐

En términos generales las condiciones de trabajo y de salud del personal que hará el trabajo en alturas es adecuado para la realización de la labor?

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. [illegible]

NO APLICA ☐ APLICA ☐

FAVOR DILIGENCIE EN LAS CASILLAS DE LOS DÍAS DE LA SEMANA CON LAS PALABRAS: SI, NO, N/A O LA ALTURA DEL TRABAJO A REALIZAR SEGÚN CORRESPONDA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
[illegible]							
Se cuenta con ventilación adecuada y se requiere de ventilación mecánica y se encuentra operando adecuadamente							
[illegible]							
[illegible]							
[illegible]							
Se conoce el procedimiento de rescate en espacios confinados							
Se requiere de 2 o más trabajadores para la realización de este trabajo							
[illegible]							
Es necesario cortar la energía eléctrica							
[illegible]							

SI ☐ NO ☐

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 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.

SMF

PERMISO DE TRABAJO

FECHA:

AUTORIZACIÓN

Se ha verificado que las personas encargadas de realizar los trabajos aplican procedimientos de trabajo y controles para minimizar los riesgos asociados al trabajo, que estos fueron comunicados y que se realizaron las inspecciones requeridas para la realización de la labor. Se considera seguro proceder con la ejecución del trabajo.

EMISOR / CLIENTE

PERSONA QUE AUTORIZA

FIRMA: ______________________

VALIDACIÓN DEL PERMISO

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE / EJECUTOR

PERSONA QUE LIDERA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

FIRMA: ______________________

VALIDACIÓN DEL PERMISO

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

OBSERVACIONES:

SUPERVISOR HSE

PERSONA QUE AUTORIZA TRABAJOS EN ALTURAS Y VERIFICA CONDICIONES DE TRABAJO

FIRMA: ______________________

VALIDACIÓN DEL PERMISO

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

OBSERVACIONES:

REGISTRO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP EBISU SAS

EBISU	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-O2
		Versión: 00
		Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	DIA 21	MES	01	AÑO	25	**LUGAR ENTREGA**	proyecto Boita
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA						pablo antonio Alvarez	
N° C.C.	1022352554					**CARGO**	maestro 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
Carnet		
Camisa Jean	T= M	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		
Mascarilla Desechable		1
Mascarilla con filtro		
Arnés con eslinga de seguridad		
Kit invernal		
Otros (Camisa Blanca)	T= M	1

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	ENTREGA DE EPP-DOTACIÓN INICIAL	Código: FST.EP-O2 Versión: 00 Fecha: 07 Mar-15

FECHA DE ENTREGA	**DIA**	02	**MES**	12	**AÑO**	24	**LUGAR ENTREGA**	proyecto Boila
NOMBRE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA							william yaque	
N° C.C.							**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
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	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