INVERSIONES TEMPRO SAS

Versión	Fecha	Nombre del Responsable	Nombre del Aprobador	Descripción de Alteración
0	20/12/2023	Campo Elías Hernández	Franklin Peñate	Emisión Inicial

Cuestionario para verificación del estado de salud de empleados autorizados para realizar trabajos de alto riesgo

Con el fin de asegurar que aquellos empleados que han sido autorizados para realizar trabajos de alto riesgo se encuentran en óptimas condiciones el trabajador deberá diligenciar este cuestionario previo al inicio de labores:

Fecha: 28-01-2025 Frente: _____

Nombre: Julio onorco Identificación: 1051760360

Edad: 30 Años Compañía: Gruas ole Cargo: Operador

CUESTIONARIO	SI	NO
1. ¿Está tomando actualmente algún medicamento?		✓
2. ¿En los últimos días ha presentado algún signo o síntoma de enfermedad?		✓
3. ¿Cree usted tener alguna enfermedad que le impida realizar este trabajo? ¿Por qué?		✓
4. ¿Sufre usted de algún tipo de fobia a la altura y/o espacios cerrados?		✓
5. ¿Sufre de algún trastorno del sueño? (duerme por menos de 6 hr cuando descansa)		✓
6. ¿Se considera sin experiencia para la actividad a realizar?		✓
7: ¿Se siente incapaz de realizar la labor según el procedimiento establecido para la tarea?		✓
8. ¿Ha tenido algún incidente de salud realizando trabajos similares anteriormente?		✓
9. ¿Ha ingerido alcohol o algún psicoactivo en las últimas 12 horas?		✓
10. ¿Han pasado más de 4 horas desde la última vez que consumió alimentos?		✓
11. ¿Ha tenido descanso médico (incapacidad) en los últimos 30 días?		✓
12. ¿Es alérgico a medicamentos o agentes biológicos? ¿Cuál?		✓
13. ¿Tiene alguna restricción médica laboral que se deba conocer? ¿Cuál?		✓

Si Usted identificó condición de riesgo o incumplimiento en alguna de las preguntas, Asista a consulta con el profesional de Salud

Concepto y recomendaciones:

_____

_____

Certifico que la información suministrada es verdadera.

Julio

Firma Empleado

INVERSIONES TEMPRO SAS

Versión	Fecha	Nombre del Responsable	Nombre del Aprobador	Descripción de Alteración
0	20/12/2023	Campo Elías Hernández	Franklin Peñate	Emisión Inicial

- **Cuestionario para verificación del estado de salud de empleados autorizados para realizar trabajos de alto riesgo**

Con el fin de asegurar que aquellos empleados que han sido autorizados para realizar trabajos de alto riesgo se encuentran en óptimas condiciones el trabajador deberá diligenciar este cuestionario previo al inicio de labores:

Fecha: 28-01-2025 Frente: _____

Nombre: RONALDO VELASQUEZ HUNTADO Identificación: 1045741396

Edad: 28 Compañía: GRUAS OLC Cargo: APAYCSADOV

CUESTIONARIO	SI	NO
1. *¿Está tomando actualmente algún medicamento?*		✓
2. ¿En los últimos días ha presentado algún signo o síntoma de enfermedad?		✓
3. ¿Cree usted tener alguna enfermedad que le impida realizar este trabajo? ¿Por qué?		✓
4. ¿Sufre usted de algún tipo de fobia a la altura y/o espacios cerrados?		✓
5. ¿Sufre de algún trastorno del sueño? (duerme por menos de 6 hr cuando descansa)		✓
6. ¿Se considera sin experiencia para la actividad a realizar?		✓
7. ¿Se siente incapaz de realizar la labor según el procedimiento establecido para la tarea?		✓
8. ¿Ha tenido algún incidente de salud realizando trabajos similares anteriormente?		✓
9. ¿Ha ingerido alcohol o algún psicoactivo en las últimas 12 horas?		✓
10. ¿Han pasado más de 4 horas desde la última vez que consumió alimentos?		✓
11. ¿Ha tenido descanso médico (incapacidad) en los últimos 30 días?		✓
12. ¿Es alérgico a medicamentos o agentes biológicos? ¿Cuál?		✓
13. ¿Tiene alguna restricción médica laboral que se deba conocer? ¿Cuál?		✓

Si Usted identificó condición de riesgo o incumplimiento en alguna de las preguntas, Asista a consulta con el profesional de Salud

Concepto y recomendaciones:

_____

_____

Certifico que la información suministrada es verdadera.

_____

Firma Empleado

INVERSIONES TEMPRO SAS

Versión	Fecha	Nombre del Responsable	Nombre del Aprobador	Descripción de Alteración
0	20/12/2023	Campo Elías Hernández	Franklin Peñate	Emisión Inicial

Cuestionario para verificación del estado de salud de empleados autorizados para realizar trabajos de alto riesgo

Con el fin de asegurar que aquellos empleados que han sido autorizados para realizar trabajos de alto riesgo se encuentran en óptimas condiciones el trabajador deberá diligenciar este cuestionario previo al inicio de labores:

Fecha: 28/01/2025 Frente: Malecón Sur - Rehalo

Nombre: Enrique Gonzalez Identificación: 4993995

Edad: 43 Compañía: Gran Oil Cargo: Operador

CUESTIONARIO	SI	NO
1. ¿Está tomando actualmente algún medicamento?		✓
2. ¿En los últimos días ha presentado algún signo o síntoma de enfermedad?		✓
3. ¿Cree usted tener alguna enfermedad que le impida realizar este trabajo? ¿Por qué?		✓
4. ¿Sufre usted de algún tipo de fobia a la altura y/o espacios cerrados?		✓
5. ¿Sufre de algún trastorno del sueño? (duerme por menos de 6 hr cuando descansa)		✓
6. ¿Se considera sin experiencia para la actividad a realizar?		✓
7. ¿Se siente incapaz de realizar la labor según el procedimiento establecido para la tarea?		✓
8. ¿Ha tenido algún incidente de salud realizando trabajos similares anteriormente?		✓
9. ¿Ha ingerido alcohol o algún psicoactivo en las últimas 12 horas?		✓
10. ¿Han pasado más de 4 horas desde la última vez que consumió alimentos?		✓
11. ¿Ha tenido descanso médico (incapacidad) en los últimos 30 días?		✓
12. ¿Es alérgico a medicamentos o agentes biológicos? ¿Cuál?		✓
13. ¿Tiene alguna restricción médica laboral que se deba conocer? ¿Cuál?		✓

Si Usted identificó condición de riesgo o incumplimiento en alguna de las preguntas, Asista a consulta con el profesional de Salud

Concepto y recomendaciones:

Certifico que la información suministrada es verdadera.

Enrique Gonzalez

Firma Empleado

INVERSIONES TEMPRO SAS

Versión	Fecha	Nombre del Responsable	Nombre del Aprobador	Descripción de Alteración
0	20/12/2023	Campo Elías Hernández	Franklin Peñate	Emisión Inicial

Cuestionario para verificación del estado de salud de empleados autorizados para realizar trabajos de alto riesgo

Con el fin de asegurar que aquellos empleados que han sido autorizados para realizar trabajos de alto riesgo se encuentran en óptimas condiciones el trabajador deberá diligenciar este cuestionario previo al inicio de labores:

Fecha: 28-01-2025 Frente: Malecón Sur - Rebolo

Nombre: JACKELias Identificación: 1002134933

Edad: 24 Compañía: Grua ole Cargo: Aparejador

CUESTIONARIO	SI	NO
1. ¿Está tomando actualmente algún medicamento?		✓
2. ¿En los últimos días ha presentado algún signo o síntoma de enfermedad?		✓
3. ¿Cree usted tener alguna enfermedad que le impida realizar este trabajo? ¿Por qué?		✓
4. ¿Sufre usted de algún tipo de fobia a la altura y/o espacios cerrados?		✓
5. ¿Sufre de algún trastorno del sueño? (duerme por menos de 6 hr cuando descansa)		✓
6. ¿Se considera sin experiencia para la actividad a realizar?		✓
7. ¿Se siente incapaz de realizar la labor según el procedimiento establecido para la tarea?		✓
8. ¿Ha tenido algún incidente de salud realizando trabajos similares anteriormente?		✓
9. ¿Ha ingerido alcohol o algún psicoactivo en las últimas 12 horas?		✓
10. ¿Han pasado más de 4 horas desde la última vez que consumió alimentos?		✓
11. ¿Ha tenido descanso médico (incapacidad) en los últimos 30 días?		✓
12. ¿Es alérgico a medicamentos o agentes biológicos? ¿Cuál?		✓
13. ¿Tiene alguna restricción médica laboral que se deba conocer? ¿Cuál?		✓

Si Usted identificó condición de riesgo o incumplimiento en alguna de las preguntas, Asista a consulta con el profesional de Salud

Concepto y recomendaciones:

Certifico que la información suministrada es verdadera.

Jack Elias

Firma Empleado

INVERSIONES TEMPRO S.A.S.	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE EQUIPO DE SOLDADURA	Código: FM-SST-62 Versión: 01 Vigencia: 12-Ene-2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	28/01/2025	Hora de Inicio (a.m./p.m.):		Hora de Finalización (a.m./p.m.):	
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):					
Nombre del proyecto:	Malecon Sur Muro 1				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):					
Descripción de la tarea a realizar:	Soldadura de Asoleadores.				

II. INSPECCIÓN

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple

EQUIPO No:

Partes y componentes a inspeccionar	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
Maquina de soldar														
Cable de masa			✓											
Cable de porta electrodo			✓											
Condiciones del sistema de refrigeración			✓											
Correa ventiladora			✓											
Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)			✓											
Estado del deposito del combustible (tanque)			✓											
Estado general			✓											
Funcionamiento del motor			✓											
Pinza de masa			✓											
Pinza de porta electrodo			✓											
Radiador			✓											
Cable de polo a tierra			✓											
Actividades														
Están los soldadores debidamente certificados de acuerdo con la norma			✓											
Existe adecuada ventilación durante la operación de soldadura eléctrica			✓											
Están las conexiones a tierra en buenas condiciones, aseguradas para eliminar arcos y a mas de 35 pies (10,7 metros) del área de trabajo			✓											
Están disponibles los equipos de primeros auxilios y atención a emergencias en el área de trabajo (botiquín, extintores, camilla)			✓											
Se dispone de recipientes para depositar los cabos de electrodos			✓											
Elementos de Protección personal														
Mascara de soldar			✓											
Pechera delantal de cuero			✓											
Lentes de seguridad			✓											

Guantes Industriales			✓											
Protector facial			✓											
Respirador o Máscara de media cara			✓											
Filtros para mascarilla media cara (Humos metálicos)			✓											
Botas caña larga tipo soldador			✓											
Otro ¿Cuál?														
Observaciones o acciones de mejora:														

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Trabajador							
Responsable de la actividad							
Responsable de SST		Alexander					

INVERSIONES TEMPRO S.A.S.	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE EQUIPO DE SOLDADURA	Código: FM-SST-62 Versión: 01 Vigencia: 12-Ene-2024

I. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	28/01/2025	Hora de Inicio (a.m./p.m.):		Hora de Finalización (a.m./p.m.):	
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	28/01/2025				
Nombre del proyecto:	Malecon Sur.				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	Torno 1 Cra 26 entre 24 y 25				
Descripción de la tarea a realizar:	Soldadura de Arboladores.				

II. INSPECCIÓN

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple

EQUIPO No: FW205CEL Soldador Inversor Para electrodo

Partes y componentes a inspeccionar	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
Maquina de soldar														
Cable de masa			C											
Cable de porta electrodo			C											
Condiciones del sistema de refrigeración			C											
Correa ventiladora			C											
Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)			C											
Estado del deposito del combustible (tanque)			C											
Estado general			C											
Funcionamiento del motor			C											
Pinza de masa			C											
Pinza de porta electrodo			C											
Radiador			C											
Cable de polo a tierra			C											
Actividades														
Están los soldadores debidamente certificados de acuerdo con la norma			C											
Existe adecuada ventilación durante la operación de soldadura eléctrica			C											
Están las conexiones a tierra en buenas condiciones, aseguradas para eliminar arcos y a mas de 35 pies (10,7 metros) del área de trabajo			C											
Están disponibles los equipos de primeros auxilios y atención a emergencias en el área de trabajo (botiquín, extintores, camilla)			C											
Se dispone de recipientes para depositar los cabos de electrodos														
Elementos de Protección personal														
Mascara de soldar			C											
Pechera delantal de cuero			NA											
Lentes de seguridad			C											

Guantes Industriales		C												
Protector facial		C												
Respirador o Máscara de media cara		C												
Filtros para mascarilla media cara (Humos metálicos)														
Botas caña larga tipo soldador		C												
Otro ¿Cuál?														
Observaciones o acciones de mejora:														

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Trabajador							
Responsable de la actividad							
Responsable de SST							

INVERSIONES TEMPRO SAS	CERTIFICADO DE APOYO - "IZAJE DE CARGAS CON GRÚA"		
	Este certificado de apoyo debe ser usado para toda actividad de izaje de cargas que involucre el uso de grúas, camión grúa, camión pluma.		
	REG.MAZ.SAFE.3.1.07.0007	APROBADO: 12/2019	Versión 2

En caso de cualquier duda, consulte el VPO.SAFE.3.1.03 Equipos de Izaje

GENERALIDADES

FECHA DE EJECUCIÓN: 28 / 01 / 2025 (dd / mm / aa)

PLANTA / ÁREA: Malecón Sur Tramo 1

LOCALIZACIÓN EXACTA DE LA ACTIVIDAD:

RAZÓN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD:

DATOS DEL EQUIPO DE IZAJE A USAR

EQUIPO DE IZAJE: TIPO: | MARCA: Terex | CAPACIDAD: 30 Ton KG

LMI (sólo para grúas cap >40 ton): Indicador de Momento de Carga — LMI: SI NA

FECHA CERTIFICACIÓN LMI: dd/mm/aa — No debe ser mayor a 6 meses

FECHA CERTIFICACIÓN EQUIPO: dd/mm/aa — No debe ser mayor a 12 meses

VALIDACIÓN DE COMPETENCIAS

POSICIÓN EN EL IZAJE	NOMBRE	FIRMA E IDENTIFICACIÓN	FECHA	ENTIDAD CERTIFICADORA
OPERADOR DEL EQUIPO DE IZAJE	Eduwin Hernandez Diaz	85499999	20/01/25	GOOD SOLUTIONS
APAREJADOR DEL EQUIPO DE IZAJE	[illegible]	1045941796	26-07-24	GOOD SOLUCION
SUPERVISOR DE IZAJE (SI APLICA)				

NOTA: En todas las casillas se debe responder "SI" ó "NA"

PLANEACIÓN Y CONTROLES

SI	NA	¿El Análisis de Riesgo de Tarea (ART-ATS) - Declaración de método es conocido por los colaboradores? (Registros de Charla de 5 min)
SI	NA	¿Está aislada la zona de trabajo? Debidamente demarcada para impedir tránsito peatonal bajo maniobra de izaje ¿libre de objetos ajenos al trabajo que se ejecutará?, ¿equipos y salidas de emergencias despejadas?, para el caso de equipo pesado (grúa) el terreno es estable?
SI	NA	Si el trabajo requiere, ¿Se solicitó asesoría a seguridad industrial? (Mandatorio en casos de desactivar algún dispositivo crítico de seguridad).
SI	NA	Se ha definido plan de emergencia para la actividad y cuenta con aprobación del Responsable ES del área.
SI	NA	Se ha definido de forma segura la trayectoria del izaje, se encuentra libre de obstáculos?
SI	NA	¿En caso de existir tendido eléctrico cerca a la maniobra de izaje se ha coordinado energía cero? o ¿se guardan las distancias mínimas de seguridad?, (maniobra no más cerca de 6m para cabes de alta tensión o no más cerca de 3m para cables de media tensión).
SI	NA	¿Todos los involucrados conocen que no deben caminar bajo cargas suspendidas?
SI	NA	¿Los aparejos que se usarán en la maniobra han sido inspeccionados y aprobados (eslingas, cadenas, fajas, estrobos, etc.)? (señales de deterioro típicas: hilos corridos, afectados por soldadura, presencia de fisura u óxido en los elementos metálicos) ?
SI	NA	El peso de la carga es conocido, nunca supera el 80% de la capacidad en el punto de trabajo de equipo de izaje (grúa, camión grúa, diferencial o tecle).
SI	NA	¿La capacidad de los aparejos (eslingas, cadenas, fajas, estrobos, etc.) vs el peso de la carga es correcto? (máximo al 80% de capacidad).
SI	NA	¿La carga se encuentra asegurada correctamente?, (ej.: no es posible que se voltee durante la maniobra)
SI	NA	¿Se definió la persona que guiará la maniobra (señales estándar y medios de comunicación adecuadas?, ¿los puntos desde donde se dirigirá la maniobra son seguros? (nunca bajo la carga)
SI	NA	¿SI la carga necesita ser fijada mientras aún esta sujeta al dispositivo de izaje (grúa, diferencial, camión grúa), se han verificado los riesgos? ¿Aplica certificado de apoyo adicional?
SI	NA	¿SI la maniobra lo requiere, se coordinó y comunicó la restricción de tráfico de vehículos en el área donde se realizará la maniobra?, ¿se han instalado barreras físicas / señales de advertencia?
SI	NA	Si el izaje involucra tanques o contenedores ¿se ha evacuado todo el fluido del interior?
SI	NA	¿Se han removido o asegurado todas las partes móviles o no aseguradas del equipo a izar?
SI	NA	¿Se ha diligenciado el plan de izaje seguro para la actividad? Se ha verificado que no sobrepase el 80% de la capacidad de todos los equipos y aparejos involucrados?
SI	NA	Si se planea pasar sobre líneas de producto, energy fluids o combustible, ¿ se han tomado las medidas de seguridad necesaria para evitar daños a las líneas?
SI	NA	¿Hay suficientes líneas de aseguramiento de cargas o (líneas de viento) para manejar adecuadamente la carga? Por lo menos 2 líneas de longitud suficiente.
SI	NA	¿Las condiciones climáticas son adecuadas para el izaje? (Vientos menores a 15 nudos; sin tormentas eléctricas; sin lluvias torrenciales, buena visibilidad)
SI	NA	¿El soporte o punto de anclaje de equipos de izaje ha sido certificado o validado como punto seguro de anclaje para estos dispositivos.?
SI	NA	¿El equipo de izaje ha sido inspeccionado visualmente y no tiene fugas o deterioros en sus sistema hidráulico o en su estructura principal?
SI	NA	¿Se le ha indicado al operador que no debe usar su teléfono celular mientras se iza cualquier carga?
SI	NA	¿Todo el personal involucrado conoce la señal de parada de emergencia en caso de que detecte alguna anomalía o condición insegura en la operación?

INSPECCIÓN PRE INICIO EQUIPO DE IZAJE (para Grúas o camión Grúas)

SI	NA	¿El equipo se encuentra adecuadamente anclado y todos sus soportes operativos al 100%? (equidistantes, soportes de madera, sin fugas de aceite)
SI	NA	¿Todos los bloqueos automáticos (peso, ángulo, sobre tensión) están operativos y se ha probado?
SI	NA	¿El operador tiene buena visibilidad de la tabla de cargas y esta se encuentra legible?
SI	NA	¿Si hay posibilidad de lluvia se verificó el funcionamiento del limpia brisas del equipo?
SI	NA	¿Para grúas de capacidad mayor a 80 Ton, cuenta con anemómetro en su boom y está operativo?
SI	NA	¿Las poleas y ganchos de la grúa están en buen estado y operativos (lubricados, sus pestañas de cierre automático completos, cuñas de seguridad bien instaladas) ?
SI	NA	¿El operador ha diligenciado su chequeo pre operacional al inicio del día?
SI	NA	¿Se chequearon y están operativas todas las luces y alarmas sonoras del equipo(reversa, pito, corneta)?

INVERSIONES TEMPRO S.A.S.	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO	Código: FM-SST-54 Versión: 01 Vigencia: 12-11-2024

Proyecto: Malecon Sur.

Fecha de inicio: 28/01/2025

Area de Trabajo:

Fecha de finalizacion:

Actividad a Realizar: Montaje estructuras Soldadores

Autorizado por:

EPP		HERRAMIENTAS/EQUIPOS				MAQUINARIA	
	CASCO DE SEGURIDAD	✓	ESCALERAS		PUNTAS		RETROEXCAVADORA
	LENTES DE SEGURIDAD		ANDAMIOS		CINCELES		VIBROCOMPACTADOR
✓	ZAPATOS DE SEGURIDAD		AMOLADORAS	✓	SOPLETES		MOTONIVELADORA
	CHALECO REFLECTIVO	✓	MARTILLOS, COMBAS	✓	EQUIPOS DE SOLDADURA		EXCAVADORA
✓	ROPA DE TRABAJO		TALADRO		SIERRA CIRCULAR		MINICARGADOR
	RESPIRADORES	✓	EXTENSIONES ELÉCTRICAS	OTROS		TRABAJOS CONSIDERADOS PELIGROSOS	
	GUANTES		ALICATES		PULLA EN ACERO	✓	TRABAJOS EN CALIENTE
✓	PROTECTORES DE OIDO		ELEVADORES		SACAPIN		TRABAJOS EN ALTURA
✓	ARNÉS INTEGRAL		SERRUCHOS, SIERRAS		SACACORRBATA		TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS
	CARETAS		PICO		CHAPETA	✓	TRABAJOS EN EQUIPOS ENERGIZADOS
	BARBUQUEJO		PALA				IZAJE DE CARGA
	OTRO:	✓	LLAVES/DADOS				TRABAJO CON SUSTANCIAS QUIMICAS
			DESTORNILLADORES				EXCAVACIÓN

NOTA 1: PARA EL DESARROLLO DE TRABAJOS CONSIDERADOS PELIGROS ADEMAS DE DILIGENCIAR EL AST, SE DEBE DILIGENCIAR EL PERMISO DE TRABAJO CORRESPONDIENTE. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PROPUESTAS EN ESTE FORMATO PODRÁ ORIGINAR LA SUSPENSIÓN DE LOS TRABAJOS.

TRABAJADORES INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD

NOMBRES	CEDULA	FIRMA	NOMBRES	CEDULA	FIRMA
Antonio Ganzao	1.065954654		Luis Navas	1002723317	
Juan Reyes	1.063954654		Erin Sanchez	9031	
Cesar Ganzao	1129472963		Enrique Gonz	4993	
Samir Carpintero	1129472963		JACK ELIAS	1002934	
Jenner Mendoza	1043438		JULIO ORTEGA	1051	

ANALISIS DE LA TAREA

¿Hay presencia de material combustible en el area?	SI		¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?		
¿Existe la posibilidad de retirar el material combustible a 11 mt del area de trabajo?	No		¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	No	
¿De no ser posible retirar los materiales combustibles de area se tienen cubiertos con lonas o mantas ignifugas?	NA		¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del area de trabajo?	No	
¿Se señalizo y aislo el área de trabajo?	SI		¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, quimicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Chispas quimicos	
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?					

PASOS DETALLADOS DE LA TAREA	PELIGRO EXISTENTES O PONTENCIALES	CONSECUENCIA	CONTROLES REQUERIDOS
Izaje de Andadores	Caida de objetos y personas	Golpes, contusiones, heridas, Fracturas, muerte	Uso de EPP, entrenamiento del personal, Permiso izaje
Posicionamiento Sobre columnas de carga	Caida de objetos,	golpes, contusiones, heridas Fracturas, muerte.	Uso de EPP, entrenamiento del personal, permisos de trabajo
Soldadura de elementos	Quemaduras, lesiones visuales.	caida de personas, quemaduras.	Uso de EPP, entrenamiento del personal, P. trabajo en caliente
Todas.	deshidratación, altas temperaturas,	lesiones osteomusculares, desmayos, fatiga, golpe	
	riesgo público,	de calor, robos, atracos, bloqueos de personas	
		y vehiculos, aplastamiento (por uso y operación	
		de maquinas y equipos) quemaduras, shock	
		electrico.	

PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO APLICABLES: Permiso de Trabajo en Alturas, Trabajo en Caliente

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☐ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☑ Si, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CONTROLES Y AUTORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD

FIRMA DEL RESIDENTE SST	FIRMA DEL RESIDENTE O DIRECTOR DE OBRA
Nombre Completo: Alexandra Cavanta	Nombre Completo:

NOTA IMPORTANTE: El contenido incluido en el presente formato son de expresa responsabilidad de INVERSIONES TEMPRO S.A.S.

INVERSIONES TEMPRO S.A.S.	PERMISO DE TRABAJOS EN ALTURAS	Código: FM-SST-53 Versión: 01 Vigencia: 12-11-2024

PROYECTO:	Malecón – sur Tramo 1		
CIUDAD:	Barranquilla	PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR	
UBICACIÓN ESPECIFICA:	Cra 20 entre 24 y 25		
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:	28/01/2025		

I. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

ACTIVIDAD RUTINARIA	SI		NO	X

Tipo de Trabajo en Alturas a Realizar:
Soldadura de Andeadoras. / Izaje de Cargas.

Herramientas a Utilizar:
Equipo soldadura.

Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad: 4 **mts.**

Descripción y procedimiento para desarrollar el trabajo:

Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR 6

II. PERMISO CONCEDIDO A

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

	NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO Y NUMERO (Ejemplo CC12345678)	CERTIFICADO TRABAJADOR AUTORIZADO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION ANTICAIDAS CERTIFICADO RES.4272/2021																			FIRMA
			SI	NO	Casco dieléctrico con barbuquejo 3 puntos	Gafas	P. Auditiva	Respiradores	Botas industrial con puntera de acero Y/O dieléctrica y suela antideslizante	Guantes	Arnés 9000lb	Arnés 3600 lb	Arnés de cuerpo entero	Línea de vida Horizontal	Línea de vida Vertical	Mosquetones	Descendedores	Freno	Eslinga con absorvedor de energía	Eslinga en Y con absorvedor de energía	Eslinga de posicionamiento	Pretales	Petos	OTROS	
T1	Antonio Gonzao	cc	✓		•				•															
T2	Juan Reyes	cc	✓		•				•															
T3	Cesar Gonzao	cc	✓		•				•															
T4	Samir Carpintero	cc	✓		•				•															
T5	Luis Navas	cc	✓		•				•															
T6	Erik Sanchez	cc	✓		•				•															
T7																								
T8																								
T9																								
T10																								
T11																								
T12																								

III. CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S/N	T2 S/N	T3 S/N	T4 S/N	T5 S/N	T6 S/N	T7 S/N	T8 S/N	T9 S/N	T10 S/N	T11 S/N	T12 S/N	OBSERVACIONES
Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	S	S	S	S	S	S							
Cuenta con certificado de aptitud o exámen médico vigente?	S	S	S	S	S	S							
Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	S	S	S	S	S	S							
Recibió entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?	N	N	N	N	N	N							
Afiliaciones EPS, AFP, ARL al día	S	S	S	S	S	S							
Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?	N	N	N	N	N	N							
Ha comido en las últimas 4 horas	S	S	S	S	S	S							
Cuantas horas durmió antes de iniciar esta jornada?	7	8	8	8	8	8							
Se retiró cadenas, relojes, pulseras	S	S	S	S	S	S							
Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ? Cual?	N	N	N	N	N	N							

IV. PRECAUCIONES GENERALES - VALIDACION DEL PERMISO DE TRABAJO

CONCEPTO A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Procedimiento de trabajo seguro divulgado en charla preoperacional	•			
Se realizo el analisis de trabajo seguro y este se encuentra diligenciado y firmado por los trabajadores, el coordinador de trabajo en alturas y/o el responsable de la actividad.	•			
El área de trabajo cuenta con señalización de prevención y demarcación de trabajo visible.	•			
El area de tranbajo se encuentra delimitada para prevenir el ingreso de personal no autorizado.	•			
Se cuenta con control de acceso para la prevenir el ingreso de personal no actorizado en la zona de riesgo de caidas.		•		
Equipos y herramientas verificados y en buenas condiciones	•			
Área limpia para instalar el sistema de protección contra caídas y/o andamio y/o escalera	•			
Inspección formal previa de sistema de trabajo de altura, escaleras, andamios, etc.				
Se estableció el plan de emergencia incluyendo rescate	•			
Condición atmosférica (viento, lluvia, etc.) adecuada	•			
Control de caída de materiales	•			
Existe interferencia con otro tipo de trabajos		•		
El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	•			

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO				EQUIPO DE EMREGENCIAS Y/O RESCATE				SISTEMA DE PROTECCION COLECTIVA			
Escalera	•	Andamio		Camilla Rigida	•	Medio comunicación		Barandas		Plataformas	
Canastilla		Elevador		Extintor		Botiquin		Redes		Lineas de Advertencia	
OTROS		Cual?		Equipo Rescate Alturas	•			OTROS		Cual?	

LISTA DE CHEQUEO PARA ESCALERAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
La escalera está sin defectos, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc.)	•			
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están encajados	•			
La distancia entre la pared y el pie de la escalera deberá ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma.			•	
Hay empalme entre sí de dos o mas escaleras		•		
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida.			•	
La distancia máxima entre travesaño será de cuarenta (40) centímetros	•			
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos.	•			
Agarrarse con ambas manos al subir o bajar.	•			
Al subir o bajar hacerlo de frente a la escliera.	•			
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera no es eléctrico			•	
Ellas se proyectan 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?			•	
Se realizó verificación de los puntos de anclaje por trabajor y estos se encuentran en optimo funcionamiento?			•	

LISTA DE CHEQUEO PARA ANDAMIOS FIJOS Y MÓVILES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El montaje o desmontaje del andamio es hecho por personas autorizadas			•	
El personal a cargo del montaje y desarme de andamios cuenta con la herramienta adecuada			•	
La Superficie de apoyo (el Piso) es firme y plana es rigida y soporta la carga máxima de diseño, sin hundirse o desplazarse.			•	
El andamio está completo y sus partes no presentan averías ni están oxidadas			•	
Los tablones o plataformas están en buen estado			•	
Los tablones o plataformas esta asegurados entre si y al andamio			•	
Las plataformas se ajustan a las medida del andamio y estan instaladas correctamente?			•	
Los tablones cumplen con el espesor (5 cm) y ancho ((26cm)			•	
Los tablones después de los parales tienen el largo indicado (30 cm)			•	
Andamio diseñado para soportar 4 veces el peso de la totalidad de personas, equipo, materiales			•	
Andamios de soportes: El andamio se encuentra instalado y asegurado correctamente en todos sus componentes.			•	
Se asegura que los andamios no sean remolcados por algún vehiculo.			•	
Existen lineas eléctricas aéreas o fuenes de energia electrica en las inmediaciones?			•	
Posee acceso seguro y adecuado? (escalera para subir y bajar)			•	
Zapatas y ruedas correctamente posicionadas y con el freno activo?			•	
Se realizó verificación de los puntos de anclaje por trabajor y estos se encuentran en optimo funcionamiento?			•	

V. OBSERVACIONES GENERALES

VI. VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FEECHA (DD-MM-AA)	VALIDEZ (Horas)		NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (cuando es diferente de la persona que autoriza el trabajo).
	DESDE	HASTA		
28/01/2025	8:00 am	5:00 pm	Laura Ladino	Alexander Cevants Ramos
			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS
			Laura Ladino	Alexander Cevants Ramos

VII. CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDA				COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado				El área queda limpia y sin residuos			
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras				Se han presentado accidentes y/o incidentes			
Entrego el área limpia y libre de residuos de materiales				El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente			
Otros:				Otros:			
NOMBRE Y FIRMA				NOMBRE Y FIRMA			

El permiso de trabajo en alturas debe tener en cuenta las medidas para garantizar que se mantenga una distancia segura entre el trabajo y lineas o equipos eléctricos energizados y que se cuente con los elementos de protección necesarios, acordes con el nivel de riesgo (escaleras dieléctricas, parrillas, EPP dieléctrico, arco eléctrico, entre otros.)

INVERSIONES TEMPRO S.A.S.	PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE	Código: FM-SST-55
		Versión: 01
		Vigencia: 12-Ene-2024

Desde el Día: 28 Mes: 01 Año: 25 Hora: _____		Hasta el Día: 28 Mes: 01 Año: 25 Hora: _____
Área donde se va a realizar el trabajo:	Malecón Sur con 24	
Propósito del trabajo:	Izaje y soldadura de Asoleadores	

PERMISOS ADICIONALES PARA REALIZAR ESTE TRABAJO:

Bloqueo Energía Peligrosa		Eléctrica _____	Neumática _____	Mecánica _____	Hidráulica _____	Térmica _____
Indique que equipos deben ser bloqueados:						
Mecanismo utilizado para el bloqueo:						
Bloqueado Por:						
Permiso de trabajo en Altura	SI X	No _____	Instrucciones SO			
Permiso espacios Confinados	SI _____	No X	Instrucciones SO			

PLANEACION DE LA LABOR

ITEMS	DESCRIPCION	Si	No	N/A
1	Se cuenta con procedimiento especifico y claro para la labor a desarrollar.	•		
2	Se dispone de los elementos o dispositivos necesarios para trabajar?	•		
3	El personal esta calificado para desarrollar trabajos?	•		
4	Se ha hecho una reunión y el ATS con todos los implicados en la tarea?	•		
AREA DE TRABAJO				
5	El area de ejecuccion de la labor se encuentra limpia, purgada, aislada y es optima para la ejecuccion de la tarea.	•		
6	Se señalizo y delimito el area de trabajo, teniendo en cuenta la zona de influencia de potenciales peligros?	•		
EPP				
7	Casco	•		
8	Guantes resistencia al calor			
9	Guantes resistencia mecanica			
10	Botas de seguridad	•		
11	Gafas de seguridad	•		
12	Careta	•		
13	Peto o delantal de carnaza			
14	Polainas			
15	Proteccion auditiva	•		
16	Están los trabajadores autorizados entrenados en el uso de los EPP?	•		
17	Están todos los elementos de protección ?	•		
VERIFICACION				
18	Se han instalado mamparas y/o se han aislado para proteger a las personas y equipos de áreas vecinas de chispas y/o resplandor	•		
19	Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros requeridos.	•		
20	Se dispone de extintores con capacidad suficiente para uso en caso de incendio	•		
21	Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos en forma correcta con materiales resistentes al fuego	•		
22	El sitio en donde se ejecutara el trabajo esta libre de sustancias quimicas y de materiales combustibles e inflamables o estan aislados completamente	•		
23	Los equipos a utilizar tienen los cables, conexiones, reguladores, mangueras, sopletes en buenas condiciones.	•		
24	Los cilindros de gases industriales están ubicados en posición vertical, están con sus soportes y asegurados correctamente.			•
25	Los ejecutores conocen el procedimiento de apagar un potencial fuego generado en este trabajo?	•		
26	El equipo y las tuberías están aislados con flanche ciergo, drenados y desconectados?	•		
27	Fueron tomadas precauciones para la liberación accidental de vapor/gases inflamables en el area?	•		
28	Fueron realizadas mediciones de gases inflamables/tóxicos en tanques, manholes, líneas, cajas y canaletas		•	
29	La válvula corta-llamas y la línea de la manguera próximas han sido marcadas en las salidas de los cilindro?			
30	Los cables eléctricos temporales están en buen estado, sobre zonas secas, son aéreos en zonas de circulación y están encauchetados.			

AL TERMINAR LA LABOR				
31	Se ha dejado el área de trabajo en orden y aseo?			
32	Se ha entregado la máquina / equipo a quien corresponda, verificando las actividades			
33	Se retiraron todos los bloqueos, etiquetas y tarjetas?			
34	Se volvieron a colocar las guardas y todos los controles de seguridad de la máquina, incluyendo señales luminosas, sonoras, avisos y pictogramas?			
PLAN DE RESCATE				
33	Se conoce el plan de respuesta a emergencia del area y hay equipos suficientes?			
34	En el desarrollo de su tarea es observado de forma continua.			

Personalmente hemos verificado los puntos anteriores y consideramos seguro realizar el proceso

Como trabajador me comprometo a: dar por terminado el trabajo si durante la ejecución del mismo existen cambios en alguna de las condiciones: personales, locativas, de seguridad, climáticas o si escucho la señal de alarma, al igual me comprometo a avisar a la persona que me otorgo el permiso de trabajo cuando se termine la labor

INICIO DEL PERMISO		FIN DEL PERMISO	
Nombre del trabajador 1	**Firma / C.C.**	**Nombre del trabajador 1 /CC**	**Firma / C.C.**
Erwin Sanchez			
Nombre del trabajador 2	**Firma / C.C.**	**Nombre del trabajador 2 /CC**	**Firma / C.C.**
Jefs Navas			
Nombre del trabajador 3	**Firma / C.C.**	**Nombre del trabajador 3**	**Firma / C.C.**
Samir Carpintero	1129492263		
Nombre del trabajador 4	**Firma / C.C.**	**Nombre del trabajador 4**	**Firma / C.C.**
LUIS NAVAS	1047222377		
Nombre del Emisor	**Firma / C.C.**	**Nombre del Emisor**	**Firma / C.C.**
Nombre del Liberador	**Firma / C.C.**	**Nombre del Liberador**	**Firma / C.C.**
Nombre del Coordinador SISO	**Firma / C.C.**	**Nombre del Coordinador SISO**	**Firma / C.C.**
Alexander Cervantes	1048[illegible]14		

Este permiso no tiene validez cuando: no se evalúan todas la condiciones que apliquen en la labor, si faltan firmas de apertura o cierre, si tiene tachones o enmendaduras

INVERSIONES TEMPRO S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	Código: FM-SST-42
		Versión: 01
		Vigencia: 09-11-2024

FECHA: 28/01/2025	LUGAR	RESPONSABLE:
	Malecón Sor. Rebolo	Alexandra Cervantes
TEMA:	Trabajo en Alturas y Soldadura	
INSTRUCTOR:	Alexandra Cervantes	

ACTIVIDAD: CAPACITACION: [ ] ENTRENAMIENTO: [ ] OTRO: [X]

ASISTENTES	No IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
Antonio Ganzao	763417		ANTONIO
Juan Reyes	1.063.954.644		Juan Reyes.
Cesar Ganzao	1047223184		
Samir Carpintero	1129492863		
Luis Navas	1047222377		
Erin Sanchez	9437377	Supervisor	
RONALDO VELASQUEZ	1045941396	APAREJADOR	RONALDO
Edwin Hernandez	85694499	operador grua	
Miguel Gonzalez	1993995	operador	
JACK ELIAS	1002134933	Aparejador	

ACTIVIDADES REALIZADAS

NOMBRE DEL CAPACITADOR:	FIRMA CAPACITADOR:
Alexandra Cervantes.	Alexandra.

Toma de Presión – con monitor automatizado de Presión arterial

Juan Reyes 125, 86

Antonio Garzaa 129, 82

Cesar Garzaa 126, 82

Samir Carpintero 125, 84

Luis Navas. 122, 83

Edwin Hernandez 117, 78

Ronaldo Velazquez 122, 87

Alexander Cuentas 120, 80

Instaurar un convenio de ayuda mutua entre las Organizaciones, suscrito a nivel gerencial y/o como compromiso de asociación.

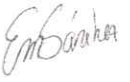
Delimitación de los suministros, recursos y servicios para la atención de emergencias, que cada Organización esté dispuesta a facilitar para el servicio de los demás sin deterioro de las condiciones mismas de seguridad.

Funciones:

- Compromiso de compensación económica o reintegro de los materiales o equipos consumidos, dañados o deteriorados en el control de una emergencia por una Organización en beneficio de las otras.
- Analizar la situación, gravedad, riesgos potenciales de activación y reactivación de la emergencia.
- Planificar y coordinar las acciones de control de la emergencia
- Plantear estrategias para enfrentarse a la emergencia.
- Determinar la necesidad y coordinar la intervención de los grupos de apoyo.
- Facilitar los recursos, suministros y servicios de ayuda mutua disponibles para cada organización y requeridos por el director de la emergencia.
- Evaluar los daños producidos.

10. CONTROL DE CAMBIOS

VIGENCIA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN
15-11-2024	Creación del plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias Malecón Sur	01

	Nombre	Cargo	Firma	Fecha de aprobación
Elaboró	Alexandra Cervantes	Resp. SST.		15-11-2024
Revisó	Erin Sánchez	Representante Legal		
Aprobó	Erin Sánchez	Representante Legal		

INSPECCION PREOPERACIONAL

SEMANA DEL 27/01/25 AL 01/02/25 MARCA terex MODELO 99 SERIE T230 Km. Inicial _____

OPERADOR Edwin Hernandez UBICACIÓN c-0-25 / 127a PROY. _____ Km. Final _____

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
CABINA	Escaleras y pasamanos			✓											
	Alarma de retroceso			✓											
	Pito			✓											
	Canasta en buen estado														
	* Pedales y mandos manuales en buen estado			✓											
	Extintor de incendio 10 lbs. PQS			✓											
	Indicadores de: (Presión aceite motor, amperimetro, temperatura motor, tacometro, combustible, ángulo, horómetro, indicador two block, tabla de carga).			✓ ✓ ✓											
	Prueba de carga máxima, prueba de estabilidad, Indicador de			✓											
	Pasador freno cabina-tornamesa			✓											
	Puertas			✓											
LLANTAS	Labrado mínimo 4 mm de huella			✓											
	En buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)			✓											
ESTADO MECÁNICO	* Control de fugas hidráulicas(Motor, bombas hidráulicas y mangueras)			✓											
	* Funcionamiento del motor (Mínimo/aceleración)			✓											
	Secciones y Gatos Boom en buen estado			✓											
	* Estado del bloque (gancho, seguro, roldanas)			✓											
	* Cable de carga del bloque			✓											
	* Tambor principal/ auxiliar del cable			✓											
	* Gatos y zapatas de estabilización lateral y cajas estructurales			✓											
	Soporte estructural 1a. sección del Boom			✓											
	Soporte de los gatos del Boom			✓											
	* Punta del Boom y roldadas			✓											
	* Gantry o pórtico de soporte del Boom			✓											
	Roldanas en: Gantry, tambor y punta Boom			✓											
	Estado pasadores (gatos/roldanas/bloque)			✓											
	Mecanismo de giro del tornamesa			✓											
	* Bombas /rodamientos de dirección			✓											
	* Tanque de Combustible (abrasaderas soportes)			✓											
	* Clutch del tambor principal y auxiliar			✓											
	Mástil de soporte del Jib (Aguilón)			NA											
	Ojos y pasadores de anclaje secciones boom			NA											
	Tornillos de anclaje del contrapeso			NA											
	Secciones del Boom, puntas y roldanas			✓											
	Kit ambiental														
FIRMA	FIRMA OPERADOR			Edwin											
	FIRMA SUPERVISOR SISO			Hernandez											

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

GRUAS OLE S.A.S.
Nit. 900.826.106
Carrera 37 No. 143-400 - Cel. 315 3073529
gruasole@gmail.com
Barranquilla - Colombia

PLAN DE IZAJE CON GRUA TELESCÓPICA 1453

Movilización:		Fecha:	28/01/25
Sitio de Maniobra:	cra 25 c/127a malecon rebolo		
Operador de la grúa:	Edwin	C.C. 9569499	Celular:
Placa de la grúa:	WNQ 578	Capacidad de Grúa:	30000 KG
Nombre de la carga a izar:			

CONSIDERACIONES		
¿Está la grúa sobre una superficie sólida y plana?	SI ✓	NO
¿Hay peligro electrico?	SI	NO ✓
¿Hay algún obstáculo u obstrucción para giro de la tornamesa?	SI	NO ✓
¿Es necesario mover la grúa con la carga izada?	SI	NO ✓

POSICIÓN INICIAL		POSICIÓN FINAL	
Radio inicial:	10	Radio final:	18
Ángulo inicial:	60	Ángulo final:	40
Longitud pluma inicial:	26	Longitud pluma final:	26
Capacidad inicial:	3100 KG +	Capacidad final:	3100 KG

Cuadrante de operación Frente ◯ Lado ◯ Atrás(180°) ✓ 360° ◯

NOTA: Algunas grúas tienen capacidad diferente al frente y en 360°. Verificar

DATOS APAREJOS			
Capacidad de Eslingas:	4000 KG	Capacidad de Grilletes:	6500

POSICIÓN INICIAL			POSICIÓN FINAL		
Peso de la carga	1000	Lb/~~Kg~~/Ton	Carga neta	1095	Lb/Kg/Ton
Peso aparejos	10	Lb/~~Kg~~/Ton	Capacidad de la grúa	3100	Lb/Kg/Ton
Peso gancho	85	Lb/~~Kg~~/Ton	(Capacidad neta/ Capacidad de la grúa)*100	36.%	Lb/Kg/Ton
Peso otros		Lb/Kg/Ton			
Carga neta	1095	Lb/Kg/Ton	Sí el izaje excede el 80% de la capacidad de la grúa, requiere aprobación del superintendente o Company Man.		

OBSERVACIONES:

	NOMBRE COMPLETO	FIRMA
OPERADOR GRÚA	Edwin Hernandez	
APAREJADOR GRÚA	RONALD VELASQUEZ MUNIVE	
SUPERVISOR DE AREA	Laura Ladino	
HSE	Alexander Cervantes	