aportes en línea

P' illa Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900464535	4	ARIN CONSTRUCTORES S A S	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	VARIOS	Cra 4 18 - 50 Oficina 607	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5102087	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1327764255	9483014333	E	2025/03/10	2025/03/11	SCOTIABANK COLPATRIA	1	$1,954,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$999,600	$800	$0	$1,000,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$483,800	$400	$0	$484,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$200	$0	$288,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$200	$0	$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$339,500	$300	$0	$339,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$339,500	$300	$0	$339,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$307,000	$200	$0	$307,200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	6	$307,000	$200	$0	$307,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$307,000	$300	$0	$307,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$36,100	$100	$0	$36,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$114,000	$100	$0	$114,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$156,900	$100	$0	$157,000
TOTAL				**6**	**$1,953,100**	**$1,600**	**$0**	**$1,954,700**

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2025.05.09 17:23:02 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S		CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	Y	26/03/2025	85260626	$6.840.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	356.000	0		0		0	0	0	0	356.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	890.000	0		0		0	0	0	0	890.000	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	356.000	0		0		0	0	0	0	356.000	2
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.822.400	0	0	0	0	0	0		1.822.400	8
231001	Colfondos	800227940-6	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.387.400				1.387.400	0	0	1.387.400			13.874	1.387.400	14

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S		CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	Y	26/03/2025	85260626	$6.840.800	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	2.492.000	2.492.000
Pensión	4	2.961.400	2.961.400
Riesgos Laborales	1	1.387.400	1.387.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	6.840.800	6.840.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S		CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	Y	26/03/2025	85260626	$6.840.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1001344858	CAICEDO VILLATE HECTOR SANTIAGO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1001346023	MONTENEGRO RAMIREZ SEBASTIAN	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC	1012450951	RIVERA MALDONADO RONALDO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC	1052959900	AGUIRRE BALDOVINO STIVEN JOSE	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
5	CC	1052994316	CABALLERO MANJARREZ JESUS ALFREDO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC07	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
6	CC	1053004745	BALDOVINO MARTINEZ EMIRO JOSE	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
7	CC	4204668	MALDONADO LOMBANA OMAR ELIECER	59	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
8	CC	73050088	SANTANA ARRIETA NEY	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
9	CC	79572922	GONZALEZ MOLINA JOSE MANUEL	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	MIN002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
10	CC	92129294	ANDRADES POLO ARNULFO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
11	CC	1067602294	GONZALEZ MADERA BRANDON JHOSEP	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
12	CC	1070324519	DAZA ALEXANDER	59	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
13	CC	1131504153	ELLES ACOSTA LUIS FERNANDO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0
14	CC	19376960	SILVA PINZON HENRY	59	5			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S	CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	11/03/2025	84938026	$885.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	57.000	0		0		0	7	300	0	57.300	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	7	300	0	57.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	455.600	0	0	0	0	7	2.000	0	457.600	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	198.200				198.200	7	900	199.100			1.982	199.100	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	114.000	7	500	114.500	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	114.000	114.600
Pensión	1	455.600	457.600
Riesgos Laborales	1	198.200	199.100
CCF	1	114.000	114.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	881.800	885.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S	CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	11/03/2025	84938026	$885.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013662731	FALLA PERILLA JUAN CAMILO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1193225149	PEREZ MALDONADO HEIDY MICHELLE	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

A06

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-02, 10:11:40 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 76277612

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

PAGADO 02/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ		
Documento	NI79992215	**Dirección**	CL 24 #13 - 13
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3107370874
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	ARDILA MUÑOZ JOSE CARLOS	**Identificación**	CC 79992215
Total Afiliados	11	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000616041	MARIA ISABEL GIRALDO OSORIO	01	00	X																0	10	10	10	10	(230201) PROTECCION	$ 474.500	$ 76.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 474.500	$ 19.000	0,522	$ 474.500	$ 2.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 474.500	$ 19.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.500
CC 1007333861	CAMILO ANDRES RATIVA GOMEZ	01	00	X	X															0	2	2	2	2	(230201) PROTECCION	$ 94.900	$ 15.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 94.900	$ 3.800	6,960	$ 94.900	$ 6.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.500
CC 1024460168	GERMAN YESID VILLAMIL MUÑOZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1073131371	JUAN DANIEL HERNANDEZ CELIS	01	00	X	X															0	2	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 94.900	$ 15.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 94.900	$ 3.800	6,960	$ 94.900	$ 6.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.500
CC 1083555637	JESUS ANTONIO CAICEDO MARTINEZ	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
CC 12209758	WILSON ROJAS AUZAQUE	01	00	X																0	18	18	18	18	(230301) PORVENIR	$ 854.100	$ 136.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 854.100	$ 34.200	6,960	$ 854.100	$ 59.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 854.100	$ 34.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 264.600
CC 79218353	JOSE MAURICIO MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 79543885	LUIS ALBERTO BARRERA ROMERO	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 47.450	$ 1.900	6,960	$ 47.450	$ 3.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.800
CC 80268734	JAIME MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 80438571	ALFONSO MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 93421303	DALMIRO SERRATO AYA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 8.730.800	$ 8.730.800	$ 8.730.800	$ 8.730.800	$ 1.397.300	$ 349.600	$ 577.700	$ 349.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.674.200	$ 45.800	$ 2.720.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

407

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51923580
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SONIA PATRICIA SERRANO ESPINEL
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 6B NO 70B58 APTO 201	TELÉFONO:	9209032
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7957832908	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1282904527

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 614.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 614.400	$ 0	$ 614.400
SUBTOTALES:										**$ 614.400**	**$ 0**	**$ 614.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0	-	$ 0	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 480.000
SUBTOTALES:													**$ 480.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 480.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 23.100	$ 0	$ 23.100
SUBTOTALES:			**$ 23.100**	**$ 0**	**$ 23.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 51923580	SERRANO ESPINEL SONIA PATRICIA	INDEPEND		$ 3.840.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3,840,000	$ 614.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 614.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 3,840,000	$ 480.000	$ 0	$ 480.000			$ 0		$ 0	30	$ 3,840,000	SCCF24-COMPENSAR	$ 23.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 1.117.500**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 46 2 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	1771 - CALLE 45
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7963428310		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/03/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1333842586

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	2	$ 455,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 455,600	$ 0	$ 455,600
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227,800	$ 0	$ 227,800
25-14	25-14 COLPENSIONES	4	$ 1,032,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,032,500	$ 0	$ 1,032,500
230301	230301-PORVENIR	8	$ 1,693,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,693,800	$ 0	$ 1,693,800
SUBTOTALES:										**$ 3,409,700**	**$ 0**	**$ 3,409,700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218,000	$ 0	$ 0	$ 218,000
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 57,000
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114,000	$ 0	$ 0	$ 114,000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 252,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 252,800	$ 0	$ 0	$ 252,800
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 166,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 166,100	$ 0	$ 0	$ 166,100
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 57,000
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 59,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 59,200	$ 0	$ 0	$ 59,200
SUBTOTALES:													**$ 924,100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 924,100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	16		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1,553,400	$ 1,553,400	$ 0	$ 0	$ 1,553,400
SUBTOTALES:									**$ 1,553,400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1,553,400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	16	$ 924,100	$ 0	$ 924,100
SUBTOTALES:			**$ 924,100**	**$ 0**	**$ 924,100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1000146060	GUTIERREZ VELASCO IVONNE SOFIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1001182112	CASTILLO AMERICA WILMAR VICENTE	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1003561156	PARRA CIFUENTES LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	NUEVA EPS CM	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1010223116	ARDILA NAVARRETE CRISTIAN FELIPE	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	03	10															230301-PORVENIR	8	$ 379,600	$ 60,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 60,800	EPS008-COMPENSAR	8	$ 379,600	$ 15,200	$ 0	$ 15,200	14-11 - ARL SURA	8	$ 379,600	5	$ 26,500	8	$ 379,600	SCCF24-COMPENSAR	$ 15,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1022429980	CIPRIAN CASALLAS HEIDY DANIELA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1022962238	CARVAJAL MILLAN RAFAEL RICARDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	11																25-14 COLPENSIONES	20	$ 949,000	$ 151,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 151,900	EPS002-SALUD TOTAL	20	$ 949,000	$ 38,000	$ 0	$ 38,000	14-11 - ARL SURA	20	$ 949,000	5	$ 66,100	20	$ 949,000	SCCF24-COMPENSAR	$ 38,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1030563759	GUERRERO BURITICA LESLYE TATIANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1030630661	SANTAMARIA CASTRO MARIA NATALIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1030661956	RODRIGUEZ LLANOS JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 #62 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	1771 - CALLE 45
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7963428310**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/03/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1333842586

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																									PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
10	CC 1031122774	SEGURA GARCIA WILLIAM EDUARDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1127071197	ALAPE PARRA LUZ ADRIANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 19477850	ESPINOSA RUIZ PABLO EMILIO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI									01-30								230301-PORVENIR	30	$ 1.663.329	$ 266.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 266.200	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.663.329	$ 66.600	$ 0	$ 66.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.663.329	5	$ 115.800	30	$ 1.663.329	SCCF24-COMPENSAR	$ 66.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 52879468	SIERRA AGUILAR DURGUY JUJETH	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 62.000	30	$ 1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 7248889	ARDILA VILLA CAMPO ELIAS	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.423.500	FIJO			SI									06-30										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	25	$ 1.538.257	$ 61.600	$ 0	$ 61.600	14-11 - ARL SURA	25	$ 1.538.257	5	$ 107.100	25	$ 1.538.257	SCCF24-COMPENSAR	$ 61.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 7248889	ARDILA VILLA CAMPO ELIAS	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.423.500	FIJO			SI														L-01-05				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	5	$ 237.250	$ 9.500	$ 0	$ 9.500	14-11 - ARL SURA	5	$ 237.250	5	$ 0	5	$ 237.250	CCF24-COMPENSAR	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 79395916	RODRIGUEZ NARVAEZ GUILLERMO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		28							01-28								25-14 COLPENSIONES	28	$ 1.479.460	$ 236.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.800	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	28	$ 1.479.460	$ 59.200	$ 0	$ 59.200	14-11 - ARL SURA	28	$ 1.479.460	5	$ 103.000	28	$ 1.479.460	SCCF24-COMPENSAR	$ 59.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 80222754	VALDERRAMA PADILLA ANDRES ARCADIO	DEPEND		$ 2.600.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.600.000	$ 416.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 416.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.600.000	$ 104.000	$ 0	$ 104.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.600.000	5	$ 181.000	30	$ 2.600.000	SCCF24-COMPENSAR	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 6.811.300

Planilla Pagada
acn SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 46 2 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	5 - BOGOTA OBRA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:		7963459283		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1333851173

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
230301	230301-PORVENIR	2	$ 455.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 455.600	$ 0	$ 455.600
25-14	25-14 COLPENSIONES	5	$ 1.139.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.139.100	$ 0	$ 1.139.100
SUBTOTALES:										**$ 1.822.500**	**$ 0**	**$ 1.822.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 285.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.000	$ 0	$ 0	$ 285.000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 57.000
SUBTOTALES:													**$ 456.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 456.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	8		$ 0	$ 0		$ 0	$ 322.300	$ 322.300	$ 0	$ 0	$ 322.300
SUBTOTALES:									**$ 322.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 322.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	8	$ 454.100	$ 0	$ 454.100
SUBTOTALES:			**$ 454.100**	**$ 0**	**$ 454.100**

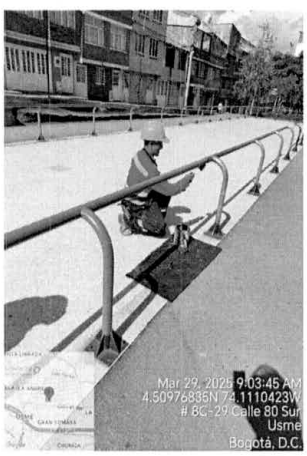
LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	EXENTO REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1001113770	MORENO GARCES NANCY YULIETH	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI												01-03					230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 14.900	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1010190348	BOLIVAR ARENAS MARIANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 14.900	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 39777930	GALLO SIERRANO BELARMINA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	15	$ 711.750	$ 113.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 113.900	EPS005-SANITAS S.A.	15	$ 711.750	$ 28.500	$ 0	$ 28.500	14-11 - ARL SURA	15	$ 711.750	5	$ 49.600	15	$ 711.750	CCF24-COMPENSAR	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 39777930	GALLO SIERRANO BELARMINA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI														04-15			25-14 COLPENSIONES	12	$ 569.400	$ 91.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 91.200	EPS005-SANITAS S.A.	12	$ 569.400	$ 22.800	$ 0	$ 22.800	14-11 - ARL SURA	12	$ 569.400	2	$ 0	12	$ 569.400	CCF24-COMPENSAR	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 39777930	GALLO SIERRANO BELARMINA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI												01-03					25-14 COLPENSIONES	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142.350	2	$ 0	3	$ 94.901	CCF24-COMPENSAR	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 51774749	CASTAÑEDA BOLIVAR RUFINA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 14.900	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 52010681	PARDO NANCY SOFIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 14.900	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 79249755	BELZNER SALAZAR WILLY PATRICK	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	2	$ 14.900	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 80190955	BAUTISTA CASTELLANOS NESTOR ORLANDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 80196040	ZULUAGA MURILLO FRANCISCO JAVIER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 3.054.900

REGISTRO FOTOGRAFICO	ÁREA O COMPONENTE
IMPLEMENTACIÓN DEL KIT DE EMERGENCIAS 	SST
INSPECCIONDE HERRAMIENTAS  	SST
CHARLAS E INDUCCIONES  	SST

INSTALACION DE SEÑALIZACION EN OBRA   	
  	SST

VERIFICACIÓN DE DOTACIÓN EN CAMPO   	SST
ACOMPAÑAMIENTO DE ACTIVIDADES   	
ACOMPAÑAMIENTO DE ACTIVIDADES   	SST

CONSORCIO	**INSPECCION PREOPERACIONAL MINICARGADOR**	CBLZC-FR-SST- 16 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

RESPONSABLE DEL EQUIPO:	Nelson Urrego
DIAS DE INSPECCION:	28-29
FECHA DE INCIO:	27-03-25
FECHA DE FINALIZACIÓN:	29-03-25
EQUIPO:	minicargador
PLACA: SI APICA	236B3
MODELO:	CAT
UBICACIÓN:	



CRITERIO DE INSPECCION	L	M	M	J	V	S	D
LAS LUCES DELANTERAS ESTAN EN BUEN ESTADO							
LAS LUCES TRACERAS ESTAN EN BUEN ESTADO							
LAS LUCES AUXILIARES ESTAN EN BUEN ESTADO							
LA BALIZA ESTA EN BUEN ESTADO							
LA ALARMA DE RETROCESO ESTA EN BUEN ESTADO							
LA BOCINA ESTA EN BUEN ESTADO							
EL SISTEMA ELECTRICO ESTA EN BUEN ESTADO							
EL TABLERO DEL EQUIPO ESTA EN BUEN ESTADO							
LOS INDICADORES ESTAN FUNCIONANDO							
EL MOFLE ó SIST. ESCAPE ESTA EN BUEN ESTADO							
EL FRENO DE EMERGENCIA ESTA FUNCIONANDO							
EL FRENO ESTA FUNCIONANDO							
LOS CONTROLES DE MANDO ESTAN EN BUEN ESTADO							
EL EXTINTOR ESTA EN BUEN ESTADO							
LA ESCALERA ó ESTRIBO DE ACCESO ESTA EN BUEN ESTADO							
LOS ESPEJOS RETROVISORES ESTAN EN BUEN ESTADO							
EL PANORAMICO DELANTERO ESTA EN BUEN ESTADO							
LA SILLA DEL OPERADOR ESTA EN BUEN ESTADO							
EL SISTEMA LIMPIA VIDRIO ESTA EN BUEN ESTADO							
EL CINTURON DE SEGURIDAD ESTA EN BUEN ESTADO							
EL AIRE ACONDICIONADO ESTA EN BUEN ESTADO							
EL SISTEMA ORUGA ESTA EN BUEN ESTADO							
EL SISTEMA HIDRAULICO ESTA EN BUEN ESTADO							
LA CABINA ESTA EN BUEN ESTADO							
ESTADO DE LAS ALARMAS							
EL CUCHARON ò VALDE ESTA EN BUEN ESTADO							
EL SISTEMA DE BLOQUE DE MANDOS ESTA FUNCIONANDO							
EL SISTEMA DE ENCENDIDO ESTA EN BUENAS CONDICIONES							
EL NIVEL DE ACIETE MOTOR ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA							
EL NIVEL DE ACEITE HIDRAULICO ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA							

CONVENCIONES:	**MARQUE "OK" SI LA CONDICION ES CONFORME ò MARQUE UNA X SI LA CONDICIONES ES NO CONFORME, SI NO APLICA MARQUE NA**

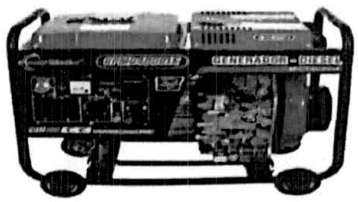
Nota: Las imágenes son ilustrativas no representan la relaidad del equipo

OBSERVACIONES:	**Firma Responsable Equipo**	**Firma Responsable SST**
	Nelson.	

Powered by CamScanner

CONSORCIO	**INSPECCION SEMANAL EQUIPOS**	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION:	18-03-2025
RESPONSABLE INSPECCION:	Juan Gomez
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	OHR
EQUIPO:	PLANTA E
MARCA:	Forte
MODELO:	



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
REVISAR NIVEL DE ACEITE		/	/	/				
REVISAR NIVEL DE REFRIGERANTE		/	/	/				
REVISAR NIVEL DE COMBUSTIBLE		/	/	/				
REVISAR AJUSTE XTERNO DE		/	/	/				
REVISAR CORREA DE ACCIONAMIENTO		/	/	/				
REVISAR FILTRO DE AIRE (Ambientes con		/	/	/				
REVISAR CABLES Y MANGUERAS		/	/	/				
REVISAR RADIADOR		/	/	/				
INSPECCIONAR MOTOR Y GENERADOR		/	/	/				
REVISAR EXOSTO		/	/	/				
DRENAR AGUA DEL FILTRO DE		/	/	/				
REVISAR BATERIA		/	/	/				
REVISAR GUARDAS		/	/	/				
REVISAR TOTALIZADORES		/	/					
REVISAR SWICH ENCENDIDO Y PARO DE EMERGENCIA		/	/	/				
LECTURA HOROMETRO DIARIA		/	/	/				

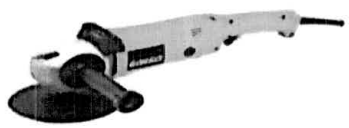
OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	**INSPECCION SEMANAL EQUIPOS**	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION:	18-03-25
RESPONSABLE INSPECCION:	otoniel cobrego
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	otoniel cobrego
EQUIPO:	PULIDORA MANUAL
MARCA:	BOSH
MODELO:	-



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO DE LA EXTENSION ELECTRICA		/	/	/				
ESTADO TOMA CORRIENTE EXTENSION		/	/	/				
ESTADO ENCHUFE DE CONEXIÓN EXTENSION		/	/	/				
ESTADO DEL CABLE DE CONEXIÓN		/	/	/				
ESTADO DEL ENCHUFE DE EXT. ELECTRICA		/	/	/				
ESTADO DE LA GUARDA DE SEGURIDAD		/	/	/				
ESTADO ROSCA DE SOPORTE DISCO		/	/	/				
ESTADO DEL MANGO DE ESTABILIDAD		/	/	/				
ESTADO DEL SWICHT DE ENCENDIDO		/	/	/				
ESTADO CONTROL DE ACELERACION MOTOR		/	/	/				
ESTADO DEL CABEZAL		/	/	/				
ESTADO DE LA CARCAZA		/	/	/				
ESTADO DEL MANGO DE SOPORTE		/	/	/				
ESTADO DEL DISCO A UTILIZAR (SI APLICA)		/	/	/				
ESTADO DEL GRATA A UTILIZAR (SI APLICA)		/	/	/				
ESTADO LIMPIEZA DEL EQUIPO		/	/					
		/						

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR:	

Powered by CamScanner

ualles

CONSORCIO	**INSPECCION SEMANAL EQUIPOS**	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG 1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION: 11-03-2025

RESPONSABLE INSPECCION: Cristhian Naranjo

RESPONSABLE DEL EQUIPO: Yesid Camargo

EQUIPO: RANA

MARCA:

MODELO:



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO SISTEMA DE ENCENDIDO		✓	✓	✓				
ESTADO TANQUE DE COMBUSTIBLE		✓	✓	✓				
ESTADO LLAVE CIERRE PASO COMBUSTIBLE		✓	✓	✓				
ESTADO PALANCA ACELERADOR		✓	✓	✓				
ESTADO SILENCIADOR		✓	✓	✓				
ESTADO FILTRO DE AIRE		✓	✓	✓				
ESTADO NIVEL DE ACEITE		✓	✓	✓				
ESTADO NIVEL DE COMBUSTIBLE		✓	✓	✓				
ESTADO ESTRUCTURA SOPORTE RANA		✓	✓	✓				
ESTADO GENERAL DEL MOTOR		✓	✓	✓				
ESTADO ASEO DEL EQUIPO		✓	✓	✓				

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR: Cristhian Naranjo

Powered by CamScanner

Pag 03

CONSORCIO	**INSPECCION SEMANAL EQUIPOS**	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION:	11-03-25
RESPONSABLE INSPECCION:	Cristhian Naranjo
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	Jose Velazquez
EQUIPO:	PULIDORA MANUAL
MARCA:	Bosch
MODELO:	



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO DE LA EXTENSION ELECTRICA		✓						
ESTADO TOMA CORRIENTE EXTENSION		✓						
ESTADO ENCHUFE DE CONEXIÓN EXTENSION		✓						
ESTADO DEL CABLE DE CONEXIÓN		✓						
ESTADO DEL ENCHUFE DE EXT. ELECTRICA		✓						
ESTADO DE LA GUARDA DE SEGURIDAD		✓						
ESTADO ROSCA DE SOPORTE DISCO		✓						
ESTADO DEL MANGO DE ESTABILIDAD		✓						
ESTADO DEL SWICHT DE ENCENDIDO		✓						
ESTADO CONTROL DE ACELERACION MOTOR		✓						
ESTADO DEL CABEZAL		✓						
ESTADO DE LA CARCAZA		✓						
ESTADO DEL MANGO DE SOPORTE		✓						
ESTADO DEL DISCO A UTILIZAR (SI APLICA)		✓						
ESTADO DEL GRATA A UTILIZAR (SI APLICA)		✓						
ESTADO LIMPIEZA DEL EQUIPO								

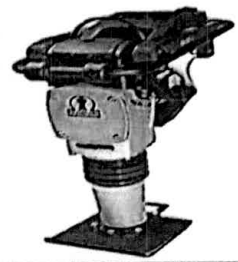
OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR:	

Powered by CamScanner

	INSPECCION SEMANAL EQUIPOS	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÒN 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION:	08-03-25
RESPONSABLE INSPECCION:	Cristhian Naranjo
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	Daniel Hernandez
EQUIPO:	APISONADOR
MARCA:	Dewalt
MODELO:	127



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO TANQUE DE COMBUSTIBLE						✓		
ESTADO PALANCA DEL ACELERADOR						✓		
ESTADO CHOQUE						✓		
ESTADO MOTOR						✓		
ESTADO ESTRUCTURA						✓		
ESTADO FUELLE						✓		
ESTADO PLANCHA DE COMPACTACION						✓		
ESTADO ARRANQUE						✓		
ESTADO SISTEMA DE VIBRACION						✓		
ESTADO PATA VIBRATORIA						✓		
ESTADO SISTEMA SILENCIADOR						✓		
ESTADO MANGUERAS						✓		
ESTADO SISTEMA DE ENCENDIDO						✓		
ESTADO GENERAL DEL EQUIPO						✓		

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR: Cristhian Naranjo	

Powered by CamScanner

	INSPECCIÓN USO Y ESTADO DE ELEMENTOS DE DOTACIÓN,PROTECCIÓN PERSONAL Y ASPECTO COMPORTAMENTAL	CBZC-FR-SST-42 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 14/11/2024

ENTE DE OBRA RIELES PIJAOS

TIO: (PLANTA/ VÍA): HOGO

AVOR MARCAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE EL TRABAJADOR ESTA UTILIZANDO, VERIFICANDO SU USO (SI O NO) Y ESTADO (CUMPLE: C; NO CUMPLE: NC). ES IMPORTANTE TENER
N CUENTA LA MATRIZ DE EPP DE ACUERDO AL CARGO. MARCAR CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA EL ASPECTO COMPORTAMENTAL POR TRABAJADOR

NOMBRE	CARGO	DESCRIPCIÓN	CABEZA	CABEZA	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCIÓN RESPIRATORIA		GUANTES			BOTAS			CUERPO			ASPECTO COMPORTAMENTAL		
			C. SEGURIDAD	BARBUQUEJO	GAFAS SEGURIDAD	CARETA FACIAL	INSERCIÓN	TIPO COPA	TAPABOCAS QUIRÚRGICO	TAPABOCAS INDUSTRIAL	VAQUETTA	CARNAZA	CAUCHO	CAUCHO	CUERO P. ACERO	TIPO IMPALA	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	UNIFORME DOTACIÓN	DESARROLLA SU TRABAJO DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD		APLICA LO VISTO CHARLAS Y CAPACITACIONES
																				SI	NO	SI
JOSE [illegible]	Ayudante	USO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	X		X
		ESTADO	B	B	B	NO	B	NO	I	NO	C	C	NC	NO	C	NC	NC	NC	C			
JOSE [illegible]	OFICIAL	USO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	X		X
		ESTADO	C	C	C	NO	C	NC	NC	C	NO	NC	C	NC	C	NC	NC	NC	C			
		USO																				
		ESTADO																				
		USO																				
		ESTADO																				
		USO																				
		ESTADO																				
		USO																				
		ESTADO																				
		USO																				
		ESTADO																				
		USO																				
		ESTADO																				
		USO																				
		ESTADO																				

ACCIÓN A SEGUIR	FECHA					SEGUIMIENTO
	D	M	A	NO		
Seguir control de los EPP						

Powered by CamScanner

220

	FORMATO INSPECCIÓN DE EXTINTORES	CBLZC-FR-SST- 28 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

CENTRO DE TRABAJO U OBRA: Parques nacional

CIUDAD: Bogota **FECHA INSPECCIÓN:** 18-03-25

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN: Cristhian Naranjo

PARTES DEL EXTINTOR



No.	UBICACIÓN	TIPO							ESTADO DE CARGA		REVISIÓN ESTADO GENERAL										FECHA DE VENCIMIENTO
		PQS									CILINDRO										
		BC	ABC	CO2	SOLKAFLAM 123	AGUA	OTROS	CAPACIDAD	CARGADO	DESCARGADO	PINTURA	GOLPES	AUTOADHESIVO FECHA/TIPO	1. BOQUILLA	2. MANGUERA	3. MANÓMETRO	4. MANIJA DE TRANSPORTE	5. ARO DE SEGURIDAD	6. MANIJA DE DISPARO	SEÑALIZACIÓN	SOPORTE COLGAR O RUEDAS	
1	Campamento		X						B		B			B	B	B	B	B	B	B	B	02/26
2	Campamento		X						B		B			B	B	B	B	B	B	B	B	04/26
3	Campamento		X						B		B			B	B	B	B	B	B	B	B	04/26
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

OBSERVACIONES

PQS	POLVO QUIMICO SECO

B	BUENO
R	REGULAR
M	MALO

NT	NO TIENE
NA	NO APLICA
NR	NO SE PUEDE REVISAR O NO VISIBLE

Powered by CamScanner

	**INSPECCIÓN** **DE BOTIQUINES**	CBLZC-FR-SST- 33 Versión: 01 PAG. 1 de 1 2024/11/2024

PROYECTO: Parque Country FECHA: 26-03-25

RESPONSABLE: Cristhian Noriega FIRMA:

B=BUENO, R=REGULAR, M=MALO, NA= NO APLICA

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD ACTUAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE		2	B	
ISODINE ESPUMA (FRASCO)		1	B	
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)		1	B	
ALCOHOL (FRASCO)		1	B	
ESPARADRAPO		2	B	
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)		1	B	
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)		1	B	
SUERO ORAL (SOBRES)		5	B	
GASA (POR UNIDADES)		10	B	
ALGODÓN (PAQUETE)		—	B	
VENDA ELÁSTICA 3" 5 YDS		3	B	
GUANTES DESECHABLES (PAR)		10	B	
TERMÓMETRO		1	B	
CURAS (CAJA X 100 u)		20	B	
LINTERNA		1	B	
CAMILLA :		1	B	**UBICACIÓN:** Campamento
TOTAL DATOS			15	
TOTAL BUENOS			15	
TOTAL REGULAR				
TOTAL MALO				
TOTAL NO APLICA				
PUNTAJE			10	

OBSERVACIONES GENERALES:

Powered by CamScanner

	**INSPECCIÓN** **DE BOTIQUINES**	CBLZC FR SST 33 Versión: 01 PAG 1 de 1 2024/11/2024

PROYECTO: Parque Bijuos — FECHA: 20-03-25

RESPONSABLE: Juan Gomez — FIRMA: Juan Gomez

B=BUENO, R=REGULAR, M=MALO, NA= NO APLICA

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD ACTUAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE		2	B	
ISODINE ESPUMA (FRASCO)		1	B	
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)		1	B	
ALCOHOL (FRASCO)		1	B	
ESPARADRAPO		2	B	
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)		1	B	
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)		1	B	
SUERO ORAL (SOBRES)		5	B	
GASA (POR UNIDADES)		10	B	
ALGODÓN (PAQUETE)		—	—	
VENDA ELÁSTICA 3" 5 YDS		3	B	
GUANTES DESECHABLES (PAR)		10	B	
TERMÓMETRO		1	B	
CURAS (CAJA X 100 u)		20	B	
LINTERNA		1	B	
CAMILLA :		1	B	UBICACIÓN: Espanwoko
TOTAL DATOS			15	
TOTAL BUENOS			15	
TOTAL REGULAR				
TOTAL MALO				
TOTAL NO APLICA				
PUNTAJE			15	

OBSERVACIONES GENERALES:

Powered by CamScanner

	INSPECCIÓN **DE BOTIQUINES**	CBLZC-FR-SST- 33 Versión: 01 PAG. 1 de 1 2024/11/2024

PROYECTO: Parque Nacional FECHA: 17-03-25

RESPONSABLE: Carlos Ardila FIRMA: Carlos Ardila

B=BUENO, R=REGULAR, M=MALO, NA= NO APLICA

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD ACTUAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE		2	B	
ISODINE ESPUMA (FRASCO)		1	B	
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)		1	B	
ALCOHOL (FRASCO)		1	B	
ESPARADRAPO		2	B	
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)		1	B	
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)		1	B	
SUERO ORAL (SOBRES)		5	B	
GASA (POR UNIDADES)		10	B	
ALGODÓN (PAQUETE)		—	—	
VENDA ELÁSTICA 3" 5 YDS		3	B	
GUANTES DESECHABLES (PAR)		10	B	
TERMÓMETRO		1	B	
CURAS (CAJA X 100 u)		20	B	
LINTERNA		1	B	
CAMILLA :		1	B	**UBICACIÓN:** Parqueaderos
TOTAL DATOS			15	
TOTAL BUENOS			15	
TOTAL REGULAR				
TOTAL MALO				
TOTAL NO APLICA				
PUNTAJE			15	

OBSERVACIONES GENERALES:

Powered by CamScanner

	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CONDICIONES LOCATIVAS EN OBRA	CBLZC-FR-SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

OBRA/CONTRATO: Cimarrón Belzuni 4060 - Parque Valles de Cafam

FECHA: 19 marzo - 2026. REALIZADO POR: Faustino Durán.

PARAMETRO A REVISAR	ESTADO	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
ACCESOS DE ENTRADA			
Señalizacion inicio de obra	NO		
Señalizacion de Uso de EPP requeridos para el ingreso	✓		
Mapa Ruta de Evacuación y Riesgos en Obra	✓		
Sendero peatonal definidos	✓		
Zona de transito vehicular claramente establecida	✓		
Otros:	—		
VIAS INTERNAS DE DESPLAZAMIENTO			
Señalizacion de los Riesgos (Caidas objetos, excavaciones, piso resbaloso, etc)	NA.		
Señalizacion Ruta de Evacuación	✓		
Sendero peatonal definidos	✓		
Adecuacion de terreno de Senderos peatonales (p.e. estables, no resbalosos)	✓		
Encerramiento y/o Aseguramieto de areas Riesgosas	✓		
Espacio suficiente para el desplazamieno en caminos	✓		
Ubicacion adecuada de senderos peatonales	✓		
Adecuación de cursos de agua escorrentias	NA.		
Puentes peatonales	NA.		
Otros:			
ZONA DE DESCANSO			
Carpas de proteccion	NA.		
Zonas de Hidratación	✓		
Zona de Primeros Auxilios	✓		
Zona de comida	NA.		
Otros:			
BAÑOS			
Camino de Ingreso	✓	Baño provisionado por el parque.	
Tasa del baño	✓		
Ubicación seleccionada	✓		
Informacion de su utilización	✓		
Terreno del baño	✓		
Limpieza	✓		
Basuras	NO.		
Presencia de Obstaculos			
ALMACENAMIENTO			
Terreno del almacen	✓		
Iluminacion	✓		
Limpieza	✓		
Orden	✓		
PUBLICACIONES			
Permiso y ATS O Plot Plan	NO		
Plano de evacuación (Facil de entender)	NO		
Cartelera Informativa	NO		
OTROS			

Convenciones a utilizar (ESTADO): B: BIEN M: MAL R: REGULAR C: CORREGIDO N.A: NO APLICA

INSPECCIONADO POR: _____ REVISADO POR: _____

Powered by CamScanner

	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CONDICIONES LOCATIVAS EN OBRA	CBLZC-FR SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

OBRA/CONTRATO: Consorcio Belzuan 4060. Parque Pijaos

FECHA: 10 Marzo 2025 REALIZADO POR: Gustavo Naranjo

PARAMETRO A REVISAR	ESTADO	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
ACCESOS DE ENTRADA			
Señalización inicio de obra	✓		
Señalización de Uso de EPP requeridos para el ingreso	✓		
Mapa Ruta de Evacuación y Riesgos en Obra	✓		
Sendero peatonal definidos	✓		
Zona de transito vehicular claramente establecida	✓		
Otros:	/		
VIAS INTERNAS DE DESPLAZAMIENTO			
Señalizacion de los Riesgos (Caidas objetos, excavaciones, piso resbaloso, etc)	NA		
Señalizacion Ruta de Evacuación	✓		
Sendero peatonal definidos	✓		
Adecuacion de terreno de Senderos peatonales (p.e. estables, no resbalosos)	✓		
Encerramiento y/o Aseguramieto de areas Riesgosas	✓		
Espacio suficiente para el desplazamieno en caminos	✓		
Ubicación adecuada de senderos peatonales	✓		
Adecuación de cursos de agua escorrentias	NA		
Puentes peatonales	NA		
Otros:			
ZONA DE DESCANSO			
Carpas de proteccion	NA		
Zonas de Hidratación	✓		
Zona de Primeros Auxilios	✓		
Zona de comida	NA		
Otros:			
BAÑOS			
Camino de Ingreso	✓		
Tasa del baño	✓		
Ubicación seleccionada	✓		
Informacion de su utilización	✓		
Terreno del baño	✓		
Limpieza	✓		
Basuras	✓		
Presencia de Obstaculos	NO		
ALMACENAMIENTO			
Terreno del almacen	✓		
Iluminacion	✓		
Limpieza	✓		
Orden	✓		
PUBLICACIONES			
Permiso y ATS O Plot Plan	NO		
Plano de evacuación (Facil de entender)	NO		
Cartelera Informativa	NO		
OTROS			

Convenciones a utilizar (ESTADO): B: BIEN M: MAL R: REGULAR C: CORREGIDO N.A: NO APLICA

INSPECCIONADO POR: _____ REVISADO POR: _____

Powered by CamScanner

	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CONDICIONES LOCATIVAS EN OBRA	CBLZC-FR-SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

OBRA/CONTRATO: IDRD Consorcio Belzcon 4060 - Parque Nacional	
FECHA: 10 Julio - 2025	REALIZADO POR: Gustavo Araujo.

PARAMETRO A REVISAR	ESTADO	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
ACCESOS DE ENTRADA			
Señalización inicio de obra	✓		
Señalización de Uso de EPP requeridos para el ingreso	✓		
Mapa Ruta de Evacuación y Riesgos en Obra	✓		
Sendero peatonal definidos	✓		
Zona de transito vehicular claramente establecida	✓		
Otros:			
VIAS INTERNAS DE DESPLAZAMIENTO			
Señalizacion de los Riesgos (Caidas objetos, excavaciones, piso resbaloso, etc)	NA		
Señalizacion Ruta de Evacuación	✓		
Sendero peatonal definidos	✓		
Adecuacion de terreno de Senderos peatonales (p.e. estables, no resbalosos)	✓		
Encerramiento y/o Aseguramieto de areas Riesgosas	✓		
Espacio suficiente para el desplazamieno en caminos	✓		
Ubicación adecuada de senderos peatonales	✓		
Adecuación de cursos de agua escorrentias	NA		
Puentes peatonales	NA		
Otros:			
ZONA DE DESCANSO			
Carpas de proteccion	NA		
Zonas de Hidratación	✓		
Zona de Primeros Auxilios	✓		
Zona de comida	NA		
Otros:			
BAÑOS			
Camino de Ingreso	✓		
Tasa del baño	✓		
Ubicación seleccionada	✓		
Informacion de su utilización	✓		
Terreno del baño	✓		
Limpieza	✓		
Basuras	✓		
Presencia de Obstaculos			
ALMACENAMIENTO			
Terreno del almacen	✓		
Iluminacion	✓		
Limpieza	✓		
Orden	✓		
PUBLICACIONES			
Permiso y ATS O Plot Plan	NO		
Plano de evacuación (Facil de entender)	NO		
Cartelera Informativa	NO		
OTROS			

Convenciones a utilizar (ESTADO): B: BIEN M: MAL R: REGULAR C: CORREGIDO N.A: NO APLICA

INSPECCIONADO POR: _____

REVISADO POR: _____

Powered by CamScanner

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión 01
PAG 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO:	Andrés Chavarro	PLACA:	JXR 814	CENTRO DE TRABAJO	IDRD · 4060

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO

MES: Marzo AÑO: 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES 17			MARTES 18			MIERCOLES 19			JUEVES 20			VIERNES 21			SÁBADO 22			DOMINGO 23		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO																					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO																					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO																					
EXTINTOR																					
BOTIQUIN																					
EQUIPO DE CARRETERA																					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA																					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA																					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO																					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS																					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS																					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS																					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)																					
ALARMA DE RETROCESO																					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS																					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.																					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO																					
ESTADO DE LOS FRENOS																					
ESTADO DE LA COJINERIA																					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO																					
ESTADO DE SUSPENSION: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.																					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS																					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE																					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)																					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS																					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS																					
ESTADO DEL FRENO DE MANO																					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO																					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE																					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO																					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO																					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO																					

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE
Andrés Chavarro		

Powered by CamScanner

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

COLZO-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO:	Andrés Chavarro	**PLACA:**	JXR 814	**CENTRO DE TRABAJO**	IDD. 4050

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO

MES: Octubre 2025 / 12mr — AÑO: 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES 3			VIERNES 4			SABADO 5			DOMINGO 6		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO							✓			✓			✓			✓					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO							✓			✓			✓			✓					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO							✓			✓			✓			✓					
EXTINTOR							✓			✓			✓			✓					
BOTIQUIN							✓			✓			✓			✓					
EQUIPO DE CARRETERA							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS							✓			✓			✓			✓					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)							NA			NA			NA			NA					
ALARMA DE RETROCESO							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LOS FRENOS							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LA COJINERIA							✓			✓			✓			✓					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DEL FRENO DE MANO							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE							✓			✓			✓			✓					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO							✓			✓			✓			✓					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO							✓			✓						✓					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO							B			B			B			B					

OBSERVACIONES:

Andres Chavarro		
Firma Conductor del Vehiculo	**Nombre del Ingeniero Residente:**	Nombre del Supervisor **HSE**

Powered by CamScanner

	ACTA DE REUNIÓN	BLZC-FR-SST- 36 Versión: 01 PAG. 1 de 1 2023/01/04

1. DATOS GENERALES: **Acta No.:** 1

Asunto: Reunión Copaast **Fecha:** 15 de marzo 2025

Ciudad: Bogotá **Hora Inicio:** 9:00 **Hora Fin:** 10:00

2. REVISAR COMPROMISOS ANTERIORES E INCLUSIÓN DE NUEVOS TEMAS

Pendientes:
1. Notificar al vigia las funciones del Copasst.
2. Se le solicita al Vigia que relaice el curso de 50 horas de Seguridad y Salud en el trabajo.
3. No se reportan accidentes de trabajo en el ultimo mes.
Nuevos:

3. COMPROMISOS

	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	
				Pend	Cerr
1	Se explicara a la vigia sobre la Plataforma vurtual para la realizacion del curso de 50 horas.	RESIDENTE SST	30/05/2025	X	
2	Se evaluara la conformación del comite paritario si llegan a aumentar el numero de trabajadores del Consorcio.	RESIDENTE SST/ VIGIA	15/4/2025	X	
3	Se programa reunión para el proximo mes	RESIDENTE SST	15/4/2025	x	

4. PARTICIPANTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
ROSSY CATALINA RUBIO LÓPEZ	AUX DE INGENIERIA	
ANGELICA MARIA CUERVO GIL	COORDINADORA SST	

	PAZ Y SALVO	CBZC-FR-SST-43 Versión: 01 PAG. 1 de 2 30/06/23

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1

PARA: N.A

ASUNTO: PAZ Y SALVO **FECHA:** 01/02/2025

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo WILLIAM MUÑOZ identificado(a) con cédula de ciudadanía número 79830829 de Bogotá, en representación de CARLOS ARDILA , identificada con NIT. 79992215 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de OFICIAL DE OBRA y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 01 días del mes febrero del año 2025.

William muñoz
TRABAJADOR 79830829

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de ob

Powered by CamScanner

	PAZ Y SALVO	CBZC-FR-SST-43 Versión: 01 PAG. 1 de 2 30/06/23

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1

PARA: N.A

ASUNTO: PAZ Y SALVO

FECHA: 01/02/2025

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo LUIS MUÑOZ identificado(a) con cédula de ciudadanía número 79991606 de Bogotá, en representación de CARLOS ARDILA , identificada con NIT. 79992215 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de OFICIAL DE OBRA y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 01 días del mes febrero del año 2025.

Luis Muñoz

TRABAJADOR 79991606

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

Powered by CamScanner

	PAZ Y SALVO	CBZC-FR-SST-43 Versión: 01 PAG. 1 de 2 30/06/23

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1

PARA: N A

ASUNTO PAZ Y SALVO | **FECHA**: 01/02/2025

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo BLANCA JEANNETHE TAPIAS ROJAS identificado(a) con cédula de ciudadania número 52634260 de Bogotá, en representación de CARLOS ARDILA , identificada con NIT. 79992215 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de AYUDANTE DE OBRA y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 01 dias del mes febrero del año 2025.

CC 52639260.
Bogota
TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

Powered by CamScanner

	PAZ Y SALVO	CBZC-FR-SST-43 Versión: 01 PAG. 1 de 2 30/06/23

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1

PARA: N.A

ASUNTO: PAZ Y SALVO | **FECHA:** 01/02/2025

OBSERVACIONES: Por medio de la presente yo HERMES GIOVANNI FLOREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1024483651 de Bogotá, en representación de CARLOS ARDILA , identificada con NIT. 79992215 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de AYUDANTE DE OBRA y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 01 días del mes febrero del año 2025.

Hermes Florez
1.024.483.651
TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

Powered by CamScanner

PAZ Y SALVO
OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo,

Dada en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de marzo de 2025

Delfino Palma Martinez
DELFINO PALMA MARTINEZ
Cargo: Ayudante
C. C, # 80.807.722

Scanned with CamScanner

PAZ Y SALVO
OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo.

Dada en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de marzo de 2025

CRISTIAN DAVID
CRISTIAN DAVID CORDOBA GONZALEZ
Cargo: Ayudante
C. C, # 1.003.787.607

Scanned with CamScanner

PAZ Y SALVO
OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo,

Dada en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de marzo de 2025

Bairon Alexis
BAIRON ALEXIS RIASCOS GAMBOA
Cargo: Ayudante
C. C, # 1.111.761.736

Scanned with CamScanner

PAZ Y SALVO
OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social. EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo.

Dada en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de marzo de 2025

carlos Alberto
CARLOS ALBERTO ARROYO VALENCIA
Cargo: Ayudante
C. C. # 1.193.596.919

Scanned with CamScanner

PAZ Y SALVO
OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo,

Dada en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de marzo de 2025

Alexander Dávila U.
ALEXANDER DAVILA URBINA
Cargo: Ayudante
C. C, # 19.767.563

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE			VALIDO HASTA		
		DD	MM	AA	DD	MM	AA
CENRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque San andres.						
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Pista de Patinaje	07	03	25	09	05	25
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	12mts.	HORA DE INICIO			HORA DE FINALIZACION		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento y cambio de iluminación.	8:00Am			5:00Pm		

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Desmonte de 24 luminarias Metal Halide 1000 W e instalación. de 24 luminarias LED de 345 w.

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:

___TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS

OTRO: _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Herramienta menor de mano.

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO ___CLASE X CON X SIN __ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN X TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA __ POLIURETANO X CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR __ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA.
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR.
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO.
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL?: _____

OBSERVACIONES: _____

TERMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de haber evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres felipe Jimenez.	1014239649	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Andres felipe Jimenez.	1014239649	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?																						
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?																						
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?																						

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?																						
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?																						
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?																						

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?																						
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?																						
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, rivetes, etiquetas, eslingas?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin dobladamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)																						
La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?																						
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?																						
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que pueden comprometer su resistencia?																						
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?																						
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?																						

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	X		Y																					
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	X		X																					

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	Y		Y																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	Y		Y																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	Y		Y																					

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leido totalmente la lista de chequeo y que me encuentro en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas.

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	NUMAEL	79582708							
2	Reinel Rojas	79764999							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]

CIERRE DEL PERMISO			
NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez		
CEDULA	1094396409		
FIRMA			
FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	06:00
07	03	25	

SUSPENSIÓN DEL PERMISO			
CAUSA DE LA SUSPENSIÓN:			
FECHA DE LA SUSPENSIÓN			HORA DE LA SUSPENSIÓN
DD	MM	AA	:__
RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÓN			
NOMBRE Y APELLIDO			
CEDULA			
FIRMA			

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS	
NOMBRE Y APELLIDO	Paula A. Romero V.
CEDULA	1020785662
CELULAR	3017270785

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBREY APELLIDO	NUMAEL PINEDA
CEDULA	79582708
FIRMA	

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-023 Versión: 00 FECHA: ENERO 2023
CONSORCIO [illegible]	Contrato de obra pública Nro	Página 1 de 1

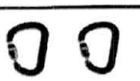
INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro

Fecha de Inspección: 04/05/25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Reinel Rojas **No. de documento:** 79764999 **Cargo:** TEC. Electricista

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 12/2022 Marca: ORBIT Serial y/o referencia: 8685717	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	SI	NO	
				Las costuras se encuentran en buen estado	SI	NO	
				Estan sin grietas	SI	NO	
				Se observa estiramiento excesivo	SI	NO	
				Estan libres de quemaduras	SI	NO	
				Indicador de impacto intacto	SI	NO	
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	SI	NO	
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	SI	NO	
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observa picaduras y grietas	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 03/2023 Marca: INSPEC Serial o referencia: VL.311220705	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI	NO	
			Enguetes	Funcionan normalmente para apertura y cierre	SI	NO	
				Se evidencia deformación y/o doblados	SI	NO	
				Se evidencia corrosión	SI	NO	
LAZO PRUSIK		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
ABSORBEDOR		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan hilos rotos o cortados	SI	NO	
				Certificación de la linea de vida	SI	NO	
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido	SI	NO	
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas	SI	NO	
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión	SI	NO	
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste	SI	NO	
				Gira uniformemente	SI	NO	
ABSORBER		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos quimicos	SI	NO	
				Se observan desgarros o costuras sueltas	SI	NO	
				La etiqueta indicadora de cáida esta desgarrada	SI	NO	
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados	SI	NO	
EP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
				La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
				Los remaches estan debidamente ajustados	SI	NO	
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
				La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
				El patín presenta algún tipo de marca o corrosión	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TRIPODE		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos quimicos	SI	NO	
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como maximo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión informal de todos los componentes.

Firma del trabajador

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-022 Version: 00 FECHA: ENERO 2025 Pagina 1 de 1
	Contrato de obra publica Nro	

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra publica Nro

Fecha de Inspección: 07 | 03 | 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Numael Medina. **No. de documento:** 79587708 **Cargo:** Tec. Electricista.

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI / NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 11/20 Marca: INSAFE Serial y/o referencia: 18637	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	SI	NO	
				Las costuras se encuentran en buen estado	SI	NO	
				Estan sin grietas	SI	NO	
				Se observa estiramiento excesivo	SI	NO	
				Estan libres de quemaduras	SI	NO	
				Indicador de impacto intacto	SI	NO	
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	SI	NO	
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	SI	NO	
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observa picaduras y grietas	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
EQUIPO DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 22/04 Marca: FIRST. Serial o referencia: 433588660371.	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI	NO	
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	SI	NO	
				Se evidencia deformación y/o doblados	SI	NO	
				Se evidencia corrosión	SI	NO	
EQUIPO DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
ARGOLLETES		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa de corrosión	SI	NO	
				Se observa de deterioro general	SI	NO	
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan hilos rotos o cortados	SI	NO	
				Certificación de la línea de vida	SI	NO	
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido	SI	NO	
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas	SI	NO	
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión	SI	NO	
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste	SI	NO	
				Gira uniformemente	SI	NO	
ARRESTADOR		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
				Se observan desgarros o costuras sueltas	SI	NO	
				La enguata indicadora de cáida esta desgarrada	SI	NO	
				La funda protege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desflachados	SI	NO	
EPI		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
				La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
				Los remaches estan debidamente ajustados	SI	NO	
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
				La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
				El patin presenta algún tipo de marca o corrosión	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TALABARTE		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
				Hay evidencia de manchas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deberá ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión minimal de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

(7).

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO: SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025	
CENRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque la cabaña	VALIDO DESDE: DD 12 / MM 03 / AA 25	VALIDO HASTA: DD 13 / MM 03 / AA 25
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Pista de patinaje	HORA DE INICIO: 08:09	HORA DE FINALIZACIÓN: 6:00 Pm
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	12 mts		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento / cambio de iluminacion		

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Desmonte de 8 luminarias Metal halide 400 w e instalación de 24 luminarias led 345 w,

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:

___TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS

OTRO _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO RUTINARIA [X] NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

herramienta menor de mano y equipo oruga.

DILIGENCIE "X" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE "C" "CUMPLE" "NC" "NO CUMPLE" Y "NA" "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			CASCO TIPO ___ CLASE X ___ COLOR X	X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___	X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA
						X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN X TIPO COPA ___			X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
						X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTUAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___	X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO
						X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE VAQUETA _ POLIURETANO X CARNAZA _ GUANTES DE PROTECCION TERMICO PARA SOLDAR _ GUANTES DE PROTECCIÓN QUIMICA CAUCHO INDUSTRIAL _ TIPO MOSQUETERO _	X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD
				X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA _ BOTAS TIPO SOLDADOR _				
				C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)	X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA _____
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS	X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRE-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE	X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO
C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE			X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?	X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?				
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?				

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

TERMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres felipe Jimenez	1014239649	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Paula A. Romero Vasquez	1020785662	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGUN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?							X			X												
Se han revisado las condiciones de anclajes multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?							X			X												
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?							X			X												

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otras)?							X			X												
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?							X			X												
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?							X			X												

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?							X			X												
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?							X			X												
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, restes, etiquetas, estrenas?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin deblormientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalia que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)							X			X												
La linea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?							X			X												
La linea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?							X			X												
El sistema de prevención de caidas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?							X			X												
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?							X			X												
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?							X			X												

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	X		X																					
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	X		X																					

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion T&A y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	X		X																					
¿La(s) persona(s) encargado(s) de ejecutar la tarea fue(ron) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	X		X																					
¿La(s) persona(s) encargado(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	X		X																					

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuento en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas.

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Carlos A Lopez	80 85914							
2	Emilio Medina	79355450							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____

FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	___:___

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE Y APELLIDO	Andres Felipe Jimenez
CEDULA	1042369649
FIRMA	

FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	
13	03	25	06:00 pm

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS

NOMBRE Y APELLIDO	Paula A Romero U.
CEDULA	1070795662
CELULAR	3017270785

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBRE Y APELLIDO	Reinel Rojas
CEDULA	79764999
FIRMA	

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-022 Versión: 00 FECHA: ENERO 2023
CONSORCIO [illegible] 2023	Contrato de obra pública Nro	Página 1 de 1

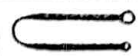
INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro

Fecha de Inspección: D 03 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Carlos Andres Lopez. **No. de documento:** 8085714 **Cargo:** Tec. Electricista

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 12/2022 Marca: ORBIT Serial y/o referencia: 8685717.	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	SI	NO	
				Las costuras se encuentran en buen estado	SI	NO	
				Estan sin gnetas	SI	NO	
				Se observa estiramiento excesivo	SI	NO	
				Estan libres de quemaduras	SI	NO	
				Indicador de impacto intacto	SI	NO	
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	SI	NO	
				Libres de corrosión por exposición a quimicos y pinturas	SI	NO	
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan gnetas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa detenoro general	SI	NO	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observa picaduras y gnetas	SI	NO	
				Se observa detenoro general	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 03/2023. Marca: INSPE. Serial o referencia: VL. 311220-205	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI	NO	
			Ensamble	Funcionan normalmente para apertura y cierre	SI	NO	
				Se evidencia deformación y/o oxidados	SI	NO	
				Se evidencia corrosión	SI	NO	
PRUSIK		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
MOSQUETON		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan gnetas	SI	NO	
				Se observa de corrosión	SI	NO	
				Se observa de detenoro general	SI	NO	
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan gnetas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa detenoro general	SI	NO	
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan hilos rotos o cortados	SI	NO	
				Certificación de la linea de vida	SI	NO	
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido	SI	NO	
				Se observan residuos de pinturas, cambio de coloc o manchadas	SI	NO	
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión.	SI	NO	
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste	SI	NO	
				Gira uniformemente	SI	NO	
[illegible] ABSER		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos quimicos	SI	NO	
				Se observan desgarros o costuras sueltas	SI	NO	
				La etiqueta indicadora de cáida esta desgarrada	SI	NO	
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados	SI	NO	
ES		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
				La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
				Los remaches estan debidamente apastados	SI	NO	
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
				La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
				El patin presenta algin tipo de marca o corrosión	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TIRADORES		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos quimicos	SI	NO	
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato deberá ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una inspección informal de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-022 Version: 00 FECHA: ENERO 2023 Página 1 de 1
CONSORCIO	Contrato de obra pública Nro	

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro **Fecha de Inspección:** 12 / 03 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Emilio Medina **No. de documento:** 79552930 **Cargo:** toc. electricista.

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 11/20 Marca: Insafe Serial y/o referencia: 18637.	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	SI	NO	
				Las costuras se encuentran en buen estado	SI	NO	
				Estan sin gnetas	SI	NO	
				Se observa estiramiento excesivo	SI	NO	
				Estan libres de quemaduras	SI	NO	
				Indicador de impacto intacto	SI	NO	
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	SI	NO	
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	SI	NO	
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan gnetas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observa picaduras y gnetas	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 22/04 Marca: first Serial o referencia: 43558866031	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI	NO	
			Enquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	SI	NO	
				Se evidencia deformación y/o doblados	SI	NO	
				Se evidencia corrosión	SI	NO	
LAZO PELVIC		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
MOSQUETON		Fecha de fabricación: Marca Serial y/o referencia	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan gnetas	SI	NO	
				Se observa de corrosión	SI	NO	
				Se observa de deterioro general	SI	NO	
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan gnetas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan hilos rotos o cortados	SI	NO	
				Longitud de la linea de vida	SI	NO	
				La longitud de la cuerda cumple con el requerido	SI	NO	
				Se observa cambios de pinturas, cambio de color o manchadas	SI	NO	
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión	SI	NO	
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste	SI	NO	
				Gira uniformemente	SI	NO	
ABSORBER		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos quimicos	SI	NO	
				Se observan desgarros o costuras sueltas	SI	NO	
				La etiqueta indicadora de cáida esta desgarrada	SI	NO	
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
			Puntos de conexión	Los evidencian halos sueltos o desilachados	SI	NO	
ET		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
				La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
				Los remaches estan debidamente ajustados	SI	NO	
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
				La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
				El patin presenta algin tipo de marca o corrosión	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TRIPODE		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos quimicos	SI	NO	
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como minimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión inicial de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE			VALIDO HASTA		
		DD	MM	AA	DD	MM	AA
CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque Fontanar del Río						
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Cancha de tenis	06	03	25	09	03	25
		HORA DE INICIO			HORA DE FINALIZACIÓN		
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	14 mts.	08:00 am			06:00 Pm		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento y cambio de luminación						

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Desmonte de 8 luminarias Metal nalde 400 w e instalación de 8 luminarias led 200w.

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:

___ TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS

OTRO _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

herramienta menor de mano con equipo oruga.

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO ___ CLASE X CON X SIN __ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN X TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA __ POLIURETANO X CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA.
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR.
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO.
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

TERMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres felipe Jimenez V	1042348491	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Paula Andrea Romero V	1020795662	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?										X			Y			Y						
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?										Y			Y			Y						
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?										Y			X			Y						

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?										Y			Y			Y						
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?										Y			X			Y						
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?										Y			X			Y						

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?										Y			Y			Y						
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?										Y			Y			Y						
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, restes, etiquetas, esánges?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin doblamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalia que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)										Y			Y			Y						
La línea de vida se encuentra libre de empates o afiadiduras?										Y			Y			Y						
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?										Y			Y			Y						
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?										Y			Y			Y						
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?										Y			Y			Y						
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?										Y			Y			Y						

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	Y		Y																					
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causan sueño, por ejemplo antigripales?	X		Y																					

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	Y		Y																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	Y		Y																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	X		X																					

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leido totalmente la lista de chequeo y que me encuento en plenas condiciones fisicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Emilio Medina	79 SSFUSD.				Enfti	Enfti	Enfti	
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?	
SI [X]	NO [ ]

¿SE REALIZO ORDEN Y LIMPIEZA EN AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]

CIERRE DEL PERMISO	
NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez U
CEDULA	1014289619
FIRMA	

FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	
08	05	25	06:00 Pm

SUSPENSIÓN DEL PERMISO			
CAUSA DE LA SUSPENSIÒN:			
FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	___:___
RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN			
NOMBRE Y APELLIDO			
CEDULA			
FIRMA			

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS	
NOMBRE Y APELLIDO	Paula A Romero J
CEDULA	1020785662
CELULAR	3017270785

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBREY APELLIDO	Reinel Rojas.
CEDULA	79764499
FIRMA	

Scanned with CamScanner

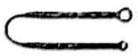
	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-022
CONSORCIO		Versión: 00
	Contrato de obra pública Nro	FECHA: ENERO 2023
		Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro **Fecha de inspección:** 06 / 03 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Emilio Medina. **No. de documento:** 79352450 **Cargo:** Tecnico Electricista

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 11/20.	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	✓		
				Las costuras se encuentran en buen estado	✓		
				Estan sin grietas	✓		
				Se observa estiramiento excesivo	✓		
				Estan libres de quemaduras	✓		
				Indicador de impacto intacto	✓		
		Marca: Insafe.		Las etiquetas en buen estado y protegidas	✓		
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	✓		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		✓	
				Se observan grietas		✓	
				Se observa corrosión		✓	
				Se observa deterioro general		✓	
		Serial y/o referencia: 18037	Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones		✓	
				Se observa picaduras y grietas		✓	
				Se observa deterioro general		✓	
				Se observa corrosión		✓	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 22/04	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	✓		
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	✓		
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas		✓	
		Marca: First.	Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido		✓	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	✓		
		Serial o referencia: 43558860031	Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	✓		
				Se evidencia deformación y/o doblados		✓	
				Se evidencia corrosión		✓	
LAZO PRUSIK		Fecha de fabricación:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas		✓	
		Marca:		Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración		✓	
		Serial y/o referencia:		Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas		✓	
MOSQUETON		Fecha de fabricación:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones		✓	
		Marca:		Se observan grietas		✓	
		Serial y/o referencia:		Se observa de corrosión		✓	
				Se observa de deterioro general		✓	
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones		✓	
				Se observan grietas		✓	
		Marca:		Se observa corrosión		✓	
				Se observa deterioro general		✓	
		Serial y/o referencia:	Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones		✓	
				Se observan cortes, rasgaduras o cortados		✓	
				Corta/rasgado de la línea de vida		✓	
				El diámetro de la cuerda cumple con el requerido		✓	
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas		✓	
ASAP		Fecha de fabricación:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión		✓	
		Marca:	Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos		✓	
		Serial y/o referencia:		Hay ausencia de dientes o presentan desgaste		✓	
				Gira uniformemente		✓	
ABSORBEDOR		Fecha de fabricación:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas		✓	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración		✓	
		Marca:		Hay rastro de contacto con productos químicos		✓	
				Se observan desgarros o costuras sueltas		✓	
		Serial y/o referencia:		La etiqueta indicadora de caída esta desgarrada		✓	
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora		✓	
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o deslachados		✓	
ED		Fecha de fabricación:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras		✓	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones		✓	
		Marca:		La apertura y cierre es adecuada		✓	
				Los remaches estan debidamente ajustados		✓	
		Serial y/o referencia:	Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado		✓	
				La rotación de la leva es apropiada		✓	
				El patin presenta algún tipo de marca o corrosión		✓	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada		✓	
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios		✓	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada		✓	
ESLINGA		Fecha de fabricación:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas		✓	
				Hay rastro de contacto con productos químicos		✓	
		Marca:		Tiene hilos sueltos, flojos o cortados		✓	
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión		✓	

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como minimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión informal de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE DD MM AA	VALIDO HASTA DD MM AA
CENRO DE TRABAJO / PROYECTO	Complejo Acuatico		
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Cancha de Voleibol	04 05 25	04 05 25
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	14mts	HORA DE INICIO 08:00 am	HORA DE FINALIZACION 06:00Pm
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento y cambio de iluminación.		

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Desmonte de 16 luminarias Metal halide 400 w e instalación de 16 luminarias led 200w

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:

___ TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS

OTRO ___

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

herramienta menor de mano y equipo oruga

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
C			CASCO TIPO ___ CLASE X CON ___ SIN ___ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN X TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE VAQUETA ___ POLIURETANO X CARNAZA ___ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL ___ TIPO MOSQUETERO ___
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA ___ BOTAS TIPO SOLDADOR ___

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD ___
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) ___
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUAL? ___

OBSERVACIONES: ___

TERMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente o Encargado)	Andres felipe Jimenez V	1014236409	
AVALÓ (Inspector SST o Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Paula A Romero Vasquez	1007887662	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGUN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?																			Y			
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt, según sea la actividad ?																			Y			
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?																			Y			

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?																			Y			
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?																			Y			
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?																			Y			

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?																			Y			
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?																			Y			
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, restas, etiquetas, eslingas?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin dobleramientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)																			N/A			
La línea de vida se encuentra libre de empates o señaduras?																			Y			
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?																			Y			
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?																			X			
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?																			X			
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?																			X			

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	Y																							
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	Y																							

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	Y																							
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea han(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	Y																							
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	Y																							

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuentro en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Emilio Medina	79552450							
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección Inicial / Suspensión del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?	
SI [X]	NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO			
CAUSA DE LA SUSPENSIÒN:			
FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	:__

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO			
NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez V		
CEDULA	1014239649		
FIRMA			
FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	06:00pm
08	03	25	

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS	
NOMBRE Y APELLIDO	Paula A. Romero V
CEDULA	1070785662
CELULAR	3017270785

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBRE Y APELLIDO	Reinel Rojas
CEDULA	79764999
FIRMA	

Scanned with CamScanner

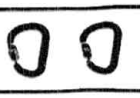
	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SST-FT-022
COMERCIO EXPRESS		Versión: 00
	Contrato de obra pública Nro	FECHA: ENERO 2025
		Pagina 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro | **Fecha de inspección:** 08 | 03 | 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Emilio Medina. | **No. de documento:** 79352480 | **Cargo:** Tel. Electricista

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 12/2022	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	SI	NO	
				Las costuras se encuentran en buen estado	SI	NO	
				Estan sin grietas	SI	NO	
				Se observa estiramiento excesivo	SI	NO	
				Estan libres de quemaduras	SI	NO	
		Marca: ORBIT.		Indicador de impacto intacto	SI	NO	
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	SI	NO	
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	SI	NO	
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
		Serial y/o referencia: 8685717	Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observa picaduras y grietas	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 03/2023.	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
		Marca: Inspec.		Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI	NO	
		Serial o referencia: YL 31122070S	Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	SI	NO	
				Se evidencia deformación y/o doblados	SI	NO	
				Se evidencia corrosión	SI	NO	
LAZO PRUSIK		Fecha de fabricación:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
		Marca:		Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
		Serial y/o referencia:		Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
MOSQUETÓN		Fecha de fabricación:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
		Marca:		Se observan grietas	SI	NO	
		Serial y/o referencia:		Se observa de corrosión	SI	NO	
				Se observa de deterioro general	SI	NO	
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
		Marca:		Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
		Serial y/o referencia:	Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan hilos rotos o cortados	SI	NO	
				El empalme de la linea de vida	SI	NO	
				El diámetro de la cuerda cumple con el requerido	SI	NO	
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas	SI	NO	
ALAP		Fecha de fabricación:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión.	SI	NO	
		Marca:	Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
		Serial y/o referencia:		Hay ausencia de dientes o presentan desgaste	SI	NO	
				Gira uniformemente	SI	NO	
ABSORBEDOR		Fecha de fabricación:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
		Marca:		Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
				Se observan desgarros o costuras sueltas	SI	NO	
		Serial y/o referencia:		La etiqueta indicadora de caída esta desgarrada	SI	NO	
				La funda protege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados	SI	NO	
PD		Fecha de fabricación:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
		Marca:		La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
				Los remaches estan debidamente ajustados	SI	NO	
		Serial y/o referencia:	Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
				La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
				El patín presenta algún tipo de marca o corrosión	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TRIPODE		Fecha de fabricación:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
		Marca:		Tiene hilos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debería ser como mínimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión informal de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE (DD / MM / AA)	VALIDO HASTA (DD / MM / AA)
CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque el Jardin		
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Cancha sintetica futbol 7	10 / 03 / 25	11 / 03 / 25
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	16 mts.	HORA DE INICIO: 08:00 am	HORA DE FINALIZACION: 06:00 Pm
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento / cambio de iluminación reflectante		

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Desmonte de 66 luminaras. metal halide 1000 w.

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:
___ TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS
OTRO: _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

herramienta menor de mano y equipo oruga.

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
Y			CASCO TIPO ___ CLASE X CON X SIN __ BARBUQUEJO
Y			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
Y			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN X TIPO COPA ___
Y			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
Y			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA __ POLIURETANO X CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
Y			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
Y			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
Y			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		Y	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		Y	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
Y			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Y			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA.
		Y	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR.
		Y	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		Y	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
		Y	DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.
Y			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
Y			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
Y			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO
		Y	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres felipe Jimenez V.	1074259649	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Paula A Romero Vasquez	1020185662	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?	Y			Y																		
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?	Y			Y																		
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?	X			X																		

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?	Y			Y																		
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?	Y			Y																		
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?	Y			Y																		

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?	Y			Y																		
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?	Y			Y																		
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, reatas, etiquetas, eslingas?. Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin doblamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)	Y			Y																		
La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?	Y			Y																		
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?	Y			Y																		
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?	X			Y																		
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?	X			X																		
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?	V			X																		

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	Y		Y																					
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causan sueño, por ejemplo antigripales?	X		Y																					

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	Y		Y																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	Y		Y																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	V		X																					

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuento en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Emilio Medina	79352450							
2	Numa Medina	79582708							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI	X	SI	X
NO		NO	

CIERRE DEL PERMISO			
NOMBRE Y APELLIDO	Andres Felipe Jimenez		
CEDULA	1042398499		
FIRMA			
FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	06:00 pm.
10	03	25	

SUSPENSIÓN DEL PERMISO			
CAUSA DE LA SUSPENSIÒN:			
FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	:__
RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN			
NOMBRE Y APELLIDO			
CEDULA			
FIRMA			

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS	
NOMBRE Y APELLIDO	Paula Andrea Romero
CEDULA	1070785662.
CELULAR	3017270785

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBREY APELLIDO	Remel Rojas Medina.
CEDULA	79764999.
FIRMA	

Scanned with CamScanner

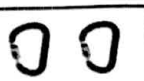
	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-PT-021 Versión: 00 FECHA: ENERO 2025
	Contrato de obra pública Nro	Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro | **Fecha de Inspección:** 10 / 05 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Emilio Mechiri | **No. de documento:** 27352450 | **Cargo:** Tec. Electricista

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNÉS DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 12/2022 Marca: ORBIT. Serial y/o referencia: 86857-17	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	Y		
				Las costuras se encuentran en buen estado	Y		
				Estan sin grietas	Y		
				Se observa estiramiento excesivo	X		
				Estan libres de quemaduras	X		
				Indicador de impacto intacto	Y		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	X	NO	
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	X	NO	
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	Y	
				Se observan grietas	SI	Y	
				Se observa corrosión	SI	Y	
				Se observa deterioro general	SI	Y	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	Y	
				Se observa picaduras y grietas	SI	Y	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	Y	
ELEMENTOS DE ANCLAJE		Fecha de fabricación: 03/2023 Marca: INSPEC. Serial o referencia: VL3112270705	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	Y	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	Y	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	Y	NO	
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	Y	NO	
				Se evidencia deformación y/o doblados	SI	NO	
				Se evidencia corrosión	SI	NO	
LÍNEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
ABSORBEDOR		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa de corrosión	SI	NO	
				Se observa de deterioro general	SI	NO	
LÍNEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Certificación de [illegible]	SI	NO	
				El diametro [illegible] simple con el requerido	SI	NO	
				Se observan rasgaduras, cambio de color o manchadas	SI	NO	
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta rotura, deformaciones, fisuras y corrosión	SI	NO	
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste	SI	NO	
				Gira uniformemente	SI	NO	
ABSORBEDOR		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
				Se observan desgarros o costuras sueltas	SI	NO	
				La etiqueta indicadora de caída esta desgarrada	SI	NO	
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
			Puntos de conexión	Los evidencian halos sueltos o deslachados	SI	NO	
EPP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
				La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
				Los remaches estan debidamente ajustados	SI	NO	
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
				La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
				El patin presenta algún tipo de marca o corrosión	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TRIPODE		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
				Tiene halos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como minimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una inspección ocular de todos los componentes

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-022 Versión: 00 FECHA: ENERO 2023
CONSORCIO [illegible]	Contrato de obra pública Nro	Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro | **Fecha de Inspección:** 10 / 03 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Nunael Medina | **No. de documento:** 1587208 | **Cargo:** Tec Electricista

Descripción del equipo		Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO	 Fecha de fabricación: 11/20 Marca: Insafe Serial y/o referencia: 18637	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	X		
			Las costuras se encuentran en buen estado	X		
			Estan sin grietas	X		
			Se observa estiramiento excesivo	X		
			Estan libres de quemaduras	X		
			Indicador de impacto intacto	X		
			Las etiquetas en buen estado y protegidas	X		
			Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	X		
		Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
			Se observan grietas	SI	NO	
			Se observa corrosión	SI	NO	
			Se observa deterioro general	SI	NO	
		Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
			Se observa picaduras y grietas	SI	NO	
			Se observa deterioro general	SI	NO	
			Se observa corrosión	SI	NO	
EQUIPO DE POSICIONAMIENTO	 Fecha de fabricación: 22 104 Marca: First Serial o referencia: 433588600031	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	X	NO	
			Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	X	NO	
			Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
		Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	NO	
			Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	X	NO	
		Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	X	NO	
			Se evidencia deformación y/o doblados	SI	NO	
			Se evidencia corrosión	SI	NO	
LAZO	 Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
			Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
			Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
EQUIPO DE POSICIONAMIENTO	 Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
			Se observan grietas	SI	NO	
			Se observa corrosión	SI	NO	
			Se observa deterioro general	SI	NO	
LINEA DE VIDA	 Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
			Se observan grietas	SI	NO	
			Se observa corrosión	SI	NO	
			Se observa deterioro general	SI	NO	
		Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
			Se observan hilos rotos o cortados	SI	NO	
			Certificación de la linea de vida	SI	NO	
			El diametro de la cuerda cumple con el requerido	SI	NO	
			Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas	SI	NO	
ASAP	 Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión	SI	NO	
		Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
			Hay ausencia de dientes o presentan desgaste	SI	NO	
			Gira uniformemente	SI	NO	
ABSORBEDOR	 Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
			Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
			Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
			Se observan desgarros o costuras sueltas	SI	NO	
			La etiqueta indicadora de caída esta desgarrada	SI	NO	
			La funda portege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
		Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desalchados	SI	NO	
EPI	 Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
			El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
			La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
			Los remaches estan debidamente ajustados	SI	NO	
		Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
			La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
			El patin presenta algún tipo de marca o corrosión	SI	NO	
			El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
			Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
			El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TRAUMA	 Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
			Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
			Tiene hilos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
			Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como minimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión informal de todos los componentes

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE			VALIDO HASTA		
		DD	MM	AA	DD	MM	AA
CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque nuevo usme	03	03	25	06	03	25
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	cancha futbol 5	HORA DE INICIO			HORA DE FINALIZACION		
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	12 mts	08:00 am			06:00 PM.		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento y cambio de iluminacion						

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Desmonte de 20 luminarias metal halide 1000w e instalación de 20 luminarias led de 345 w.

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:

___ TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS

OTRO _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

herramienta menor de mano y equipo oruga

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
Y			CASCO TIPO ___ CLASE X CON Y SIN __ BARBUQUEJO
Y			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
Y			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN Y TIPO COPA ___
Y			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN Y DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
Y			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA __ POLIURETANO X CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
Y			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
Y			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
Y			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Y			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		Y	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		Y	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		Y	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
Y			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Y			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA.
		Y	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR.
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		Y	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
		X	DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
Y			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
Y			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO.
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD Y
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD Y
OTRO ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

TERMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres felipe Jimenez V.	1014639649.	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Paula A. Romero V	1020785662.	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?	Y			Y			X			Y												
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?	Y			Y			Y			Y												
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?	Y			N			Y			Y												

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?	Y			Y			Y			Y												
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?	Y			Y			Y			X												
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?	Y			Y			X			X												

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?	Y			Y			Y			Y												
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?	Y			Y			Y			Y												
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, reatas, etiquetas, eslingas?. Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin doblamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)	Y			Y			Y			Y												
La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?	Y			Y			Y			Y												
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?	Y			Y			Y			Y												
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?	Y			Y			X			X												
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?	X			Y			Y			Y												
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?	Y			Y			X			X												

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	Y																							
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	X																							

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	Y																							
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	Y																							
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	Y																							

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuento en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Emilio Medina.	79352450							
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ò Encargado									

Inspección inicial / Suspensión del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____

FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	___:___

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

AYUDANTE DE SEGURIDAD

NOMBREY APELLIDO	Remel Rojas Medina.
CEDULA	79764999.
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez.
CEDULA	1142396490.
FIRMA	

FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	
06	03	25	06:00pm.

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS

NOMBRE Y APELLIDO	Paula A. Romero V.
CEDULA	1020785662.
CELULAR	3017270785.

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-032
CONSORCIO		Versión: 00
	Contrato de obra pública Nro	FECHA: ENERO 2023
		Página 1 de 1

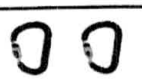
INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro

Fecha de Inspección: 03 | 03 | 25.

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Emilio Medina. **No. de documento:** 79358450 **Cargo:** Tec. electricista

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 11/20	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	SI	NO	
				Las costuras se encuentran en buen estado	SI	NO	
				Estan sin grietas	SI	NO	
				Se observa estiramiento excesivo	SI	NO	
				Estan libres de quemaduras	SI	NO	
				Indicador de impacto intacto	SI	NO	
		Marca: Insafe		Las etiquetas en buen estado y protegidas	SI	NO	
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	SI	NO	
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
		Serial y/o referencia: 8637	Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observa picaduras y grietas	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 22/04	Correa o reata	Se observan raspaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
		Marca: First		Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI	NO	
		Serial o referencia: 433588860031	Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	SI	NO	
				Se evidencia deformación y/o doblados	SI	NO	
				Se evidencia corrosión	SI	NO	
LAZO PRUSIK		Fecha de fabricación:	Correa o reata	Se observan raspaduras, cortes o roturas	SI	NO	
		Marca:		Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
		Serial y/o referencia:		Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
MOSQUETON		Fecha de fabricación:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
		Marca:		Se observan grietas	SI	NO	
		Serial y/o referencia:		Se observa de corrosión	SI	NO	
				Se observa de deterioro general	SI	NO	
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
		Marca:		Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
		Serial y/o referencia:	Cuerda	Se observa desgaste, [illegible]	SI	NO	
				Se observan [illegible]	SI	NO	
				Certificación de [illegible]	SI	NO	
				El diametro de la cuerda [illegible]	SI	NO	
				Se observan [illegible]	SI	NO	
ASAP		Fecha de fabricación:	Cuerpo	El equipo presenta [illegible] deformaciones, fisuras y corrosión.	SI	NO	
		Marca:	Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
		Serial y/o referencia:		Hay ausencia de dientes o presenta desgaste	SI	NO	
				Gira uniformemente	SI	NO	
ASAP ORBIT		Fecha de fabricación:	Funda y cinta absorbedora	Se observan raspaduras, cortes o fisuras	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
		Marca:		Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
				Se observan desgarros o costuras sueltas	SI	NO	
		Serial y/o referencia:		La etiqueta indicadora de cáida esta desgarrada	SI	NO	
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
			Puntos de conexión	Los evidencian halos sueltos o desilachados	SI	NO	
ETI		Fecha de fabricación:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
		Marca:		La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
				Los remaches estan debidamente ajustados	SI	NO	
		Serial y/o referencia:	Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
				La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
				El patin presenta algin tipo de marca o corrosión	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TRAUMA		Fecha de fabricación:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
		Marca:		Tiene halos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como minimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión informal de todos los componentes

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE			VALIDO HASTA		
		DD	MM	AA	DD	MM	AA
CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque Nuevo milenio	14	03	25	16	03	25
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	cancha futbol 5 #1	HORA DE INICIO			HORA DE FINALIZACIÓN		
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	12 mts	08:00 am			06:00PM		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento y cambio de iluminación						

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Desmonte de 20 luminarias metal halide de 1000 w e instalación de 20 luminarias led de 345 w

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:

___ TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS

OTRO _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

herramienta menor de mano con equipo oruga.

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO ___CLASE ___ CON __ SIN __ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD ___ CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN ___ TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN ___ DRILL ___ IMPERMEABLE __ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE VAQUETA __ POLIURETANO __ CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO PARA SOLDAR __ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS __ BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
		X	DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO.
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy conciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZO LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres felipe jimenez V	1042396499	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Paula A Romero V		

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGUN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?													Y			Y			Y			
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?													Y			Y			Y			
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?													N			N			Y			

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?													Y			Y			Y			
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?													N			Y			Y			
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?													Y			Y			Y			

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?													Y			Y			Y			
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?													Y			Y			Y			
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, rastas, etiquetas, eslingas?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin deblamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)													Y			Y			Y			
La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?													N			Y			Y			
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?													Y			Y			Y			
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?													Y			Y			Y			
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?													Y			Y			Y			
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?													Y			Y			X			

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	V																							
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	X																							

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	Y																							
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea fue(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	X																							
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	X																							

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leido totalmente la lista de chequeo y que me encuento en plenas condiciones fisicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Emilio Medina	79352480					Enfo	Enfo	Enfo
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ó Encargado									

Inspección final / Suspensión del trabajo / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____

FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	___:___

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

AYUDANTE DE SEGURIDAD

NOMBREY APELLIDO	Reinel Rojas Medina
CEDULA	79382708
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez
CEDULA	1014239649
FIRMA	

FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	
16	03	25	06:00 pm

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS

NOMBRE Y APELLIDO	Paula A Romero V
CEDULA	1078785662
CELULAR	3017770785

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-022
CONSORCIO	Contrato de obra pública Nro	Versión: 00
		FECHA: ENERO 2023
		Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro. **Fecha de Inspección:** 14 / 03 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Emilio Medina Medina. **No. de documento:** 79352450 **Cargo:** Tec. Electricista.

Descripción del equipo		Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO	Fecha de fabricación: 12/0022 Marca: ORBIT. Serial y/o referencia: 8685217	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	X		
			Las costuras se encuentran en buen estado	✓		
			Estan sin grietas	X		
			Se observa estiramiento excesivo	X		
			Estan libres de quemaduras	✓		
			Indicador de impacto intacto	X		
			Las etiquetas en buen estado y protegidas	X		
			Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	X		
		Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	X	
			Se observan grietas	SI	X	
			Se observa corrosión	SI	X	
			Se observa deterioro general	SI	X	
		Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	X	
			Se observa picaduras y grietas	SI	X	
			Se observa deterioro general	SI	X	
			Se observa corrosión	SI	X	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	Fecha de fabricación: 03/2023 Marca: Inspe Serial o referencia: NL.31220705	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	X	NO	
			Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	X	NO	
			Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	X	
		Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	X	
			Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI	X	
		Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	X	NO	
			Se evidencia deformación y/o doblados	SI	X	
			Se evidencias corrosión	SI	X	
LINEA DE VIDA	Fecha de fabricación: Marca Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
			Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
			Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
ABSORBEDOR	Fecha de fabricación: Marca Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
			Se observan grietas	SI	NO	
			Se observa de corrosión	SI	NO	
			Se observa de deterioro general	SI	NO	
LINEA DE VIDA	Fecha de fabricación: Marca Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
			Se observan grietas	SI	NO	
			Se observa corrosión	SI	NO	
			Se observa deterioro general	SI	NO	
		Cuerda	Se observan rasgaduras, cortes o deformaciones	SI	NO	
			Se observan hilos sueltos o cortados	SI	NO	
			Certificación de la fabrica vigente	SI	NO	
			El diametro de la cuerda cumple con el requerido	SI	NO	
			Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas	SI	NO	
ASAP	Fecha de fabricación: Marca Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión	SI	NO	
		Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
			Hay ausencia de dientes o presentan desgaste	SI	NO	
			Gira uniformemente	SI	NO	
ABSORBEDOR	Fecha de fabricación: Marca Serial y/o referencia	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
			Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
			Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
			Se observan desgarros o costuras sueltas	SI	NO	
			La etiqueta indicadora de caída esta desgarrada	SI	NO	
			La funda postege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
		Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o deslachados	SI	NO	
EPI	Fecha de fabricación: Marca Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
			El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
			La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
			Los remaches estan debidamente ajustados	SI	NO	
		Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
			La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
			El patin presenta algun tipo de marca o corrosión	SI	NO	
			El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
			Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
			El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TRABADOR	Fecha de fabricación: Marca	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
			Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
			Tiene hilos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
			Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como minimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una inspección adicional de todos los componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

(8).

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE (DD / MM / AA)	VALIDO HASTA (DD / MM / AA)
CENRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque Lineal Milenio.		
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	cancha futbol 5 #2		
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	12 mts	HORA DE INICIO: 08:00 am	HORA DE FINALIZACION: 06:00 pm.
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento y cambio de iluminacion.	12 / 03 / 25	19 / 05 / 25

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Desmonte de 20 luminarias metal halide de 1000 w e instalación de 20 luminarias Led de 345 w

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:

___TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS

OTRO: _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

herramienta menor de mano y equipo oruga

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
Y			CASCO TIPO ___CLASE ___ CON __ SIN __ BARBUQUEJO
Y			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD ___ CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
Y			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN ___ TIPO COPA ___
Y			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN ___ DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
Y			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA __ POLIURETANO __ CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
Y			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS __ BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
Y			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS
Y			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Y			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		Y	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		Y	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		Y	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
Y			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Y			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA.
		Y	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR.
		Y	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
		X	DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Y			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
Y			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO.
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

TERMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante

RESPONSABLES	NOMBE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZO LA ACTIVIDAD (Residente o Encargado)	Andres Felipe Jimenez V.	1014239649.	
AVALÓ (Inspector SST o Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Paula A. Romero V	1020788667.	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CONSORCIO SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

(SI: CUMPLE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA)

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
¿En caso de requerirse, se dispone de permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctrico, espacios confinados, etc.)?	Y			Y			Y															
¿Se han revisado las condiciones de ambiente multifactorial, ambiente volgente excesivo, caja de cargas, fuentes de fuga y electricidad peligrosa a 3 mt según sea la actividad ?	Y			Y			Y															
¿Se va a utilizar sustancias químicas, cuenta con las hojas de seguridad para su manipulación?	Y			Y			Y															

AREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
¿Se sabe de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias procedimiento de comunicación, protocolos coordinados, entre otros)?	Y			Y			Y															
¿Se encuentra el área de trabajo en orden y aseo?	Y			Y			Y															
¿Se reconocieron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?	Y			Y			Y															

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?	Y			Y			Y															
Los equipos y herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y están en excelente en buen estado?	Y			Y			Y															
¿El área cuenta con todas sus partes, bordes, aristas, cantos, rejillas, etiquetas, cubiertas? Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin deterioramiento, corrosión, cortaduras, quemaduras, cambios distorsionados. Entre otro inseguro excesivo, deterioro o cualquier otro elemento que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contenerizados adecuadamente rotulados (señalizados)?	Y			Y			Y															
La línea de vida se encuentra libre de empates y nudos?	Y			Y			Y															
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje adecuado?	Y			Y			Y															
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas o otros factores que puedan comprometer su resistencia?	Y			Y			Y															
Los sistemas de anclaje son suficientes y se encuentran en buen estado?	Y			Y			Y															
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?	Y			Y			Y															

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar (EVIDENCIA CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo?	Y																							
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	Y																							

ENTRENAMIENTO- APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar (EVIDENCIA CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Está personal que va a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitación TSA y alturas SI O que exista que pueda realizar actividades en alturas?	Y																							
¿Está personal encargado de ejecutar la tarea cuenta realizó inducciones de seguridad específicas para la labor a realizar?	Y																							
¿Está personal encargado de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	Y																							

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST 021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuentro en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Emilio Medina	79352450	E	E	E				
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ò Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI	X	SI	X
NO		NO	

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____

FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	___:___

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO			
NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez		
CEDULA	1142396[illegible]		
FIRMA			
FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	06:00Pm
19	05	25	

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS	
NOMBRE Y APELLIDO	Paula Andrea Romero
CEDULA	1070786662
CELULAR	3017270785

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBREY APELLIDO	Reinel Rojas Medina
CEDULA	79387708
FIRMA	

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-FT-021 Versión: 00 FECHA: ENERO 2023
CONSORCIO	Contrato de obra pública Nro	Página 1 de 1

INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro | **Fecha de Inspección:** 17 / 03 / 25

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Emilio Medina | **No. de documento:** 79387480 | **Cargo:** TEC electricista

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 12/2022 Marca: ORBIT. Serial y/o referencia: 8685917	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	X		
				Las costuras se encuentran en buen estado	X		
				Estan sin grietas	X		
				Se observa estiramiento excesivo	X		
				Estan libres de quemaduras	X		
				Indicador de impacto intacto	X		
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	X		
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	X		
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	X	
				Se observan grietas	SI	X	
				Se observa corrosión	SI	X	
				Se observa deterioro general	SI	X	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	X	
				Se observa picaduras y grietas	SI	X	
				Se observa deterioro general	SI	X	
				Se observa corrosión	SI	X	
EQUIPOS DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 03/23 Marca: INSPEC Serial o referencia: IIL5112 2023	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	X	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	X	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	X	
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	X	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	X	NO	
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	X	NO	
				Se evidencia deformación y/o doblados	SI	X	
				Se evidencia corrosión	SI	X	
LAZO PRUSIK		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
MOSQUETON		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa de corrosión	SI	NO	
				Se observa de deterioro general	SI	NO	
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan hilos rotos o cortados	SI	NO	
				Certificación de la línea de vida	SI	NO	
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido	SI	NO	
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas	SI	NO	
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta grietas, deformaciones, fisuras y corrosión	SI	NO	
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
				Hay [illegible] de fisuras o presenta desgaste	SI	NO	
				[illegible]	SI	NO	
ASAP SUPERIOR		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan [illegible] cortes o roturas	X	NO	
				Libres de [illegible] quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Hay [illegible] químicos	SI	NO	
				Se observa [illegible] sueltos	SI	NO	
				La etiqueta indica los [illegible] está desgarrada	SI	NO	
				La funda protege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desflachados	SI	NO	
ETI		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
				La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
				Los remaches estan debidamente ajustados	SI	NO	
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
				La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
				El patín presenta algún tipo de marca o corrosión	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TRAUMA		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos quimicos	SI	NO	
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota: La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como minimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una inspección sensorial de todos sus componentes.

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

STEEL CONCRET	FORMATO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-TSA - 004
	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS GENERAL	Versión: 001
		Fecha: 29/06/2022

1. Para poder iniciar los trabajos todas las respuestas deben ser afirmativas.
2. El no llenar este permiso es violatorio del manual de contratistas; dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
3. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo.
4. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autorizo este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.
5. En los casos en eque se marque no aplica se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones.

OBRA O CENTRO DE TRABAJO: Palacio de los deportes

CONTRATISTA: Steel concret UBICACIÓN: Cubierta

SOLICITADO POR: Adolpo Salazar

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA FINAL: 5:00 pm (Vigencia por un turno de trabajo) SEMANA DEL 3 AL 8

MES 03 AÑO 2023

ACTIVIDAD: Mantenimiento de Cubierta

DESCRIPCION DE LA TAREA: Instalacion de tornillera en laminas de cubierta y aplicacion de impermeabilizante en laminas y canales, cambio de tablera

ALTURAS	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1 El personal que realiza la actividad cuenta con capacitacion especifica para trabajos en alturas?	/			/			/			/			/								
2 Los encargados de realizar las labores se encuentran en condiciones anímicas y físicas saludables?	/			/			/			/			/								
3 Los equipos de proteccion personal usados tienen certificacion y se encuentran en buen estado?	/			/			/			/			/								
4 Los equipos a utilizar han sido revisados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?	/			/			/			/			/								
5 La linea de vida se encuentra libre de empates o añaduras?	/			/			/			/			/								
6 La linea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?	/			/			/			/			/								
7 El sitio donde se realiza el trabajo se encuentra libre de riesgo eléctrico?	/			/			/			/			/								
8 Se encuentra señalizada y/o demarcada la zona de trabajo?	/			/			/			/			/								
9 El sistema de prevención de caidas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?	/			/			/			/			/								
10 Se ha socializado la ficha de conocimiento basico especifica para la tarea? (andamio tubular, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 1.50 mt)	/			/			/			/			/								
DATOS GENERALES	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
11 La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	/			/			/			/			/								
12 Se cuenta con brigada, botiquín de primeros auxilios, inmovilizadores y camillas?	/			/			/			/			/								
13 La seguridad social de las personas que realizan la actividad esta disponible y se encuentra vigente?	/			/			/			/			/								
14 Se encuentra en óptimas condiciones de salud para realizar la labor?	/			/			/			/			/								
15 Se encuentra libre del efecto de sustancias sicoactivas que puedan alterar su estado de conciencia (medicamentos, drogas, licor...?	/			/			/			/			/								
16 Se encuentra libre de problemas que afecten su concetración (familiares, personales o laborales)?	/			/			/			/			/								
17 Quien va a realizar la labor tiene vigente el certificado de **aptitud médica para trabajos en alturas**?	/			/			/			/			/								
18 En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?	/			/			/			/			/								
19 En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados...)?	/			/			/			/			/								

Powered by CamScanner

STEEL CONCRETE

FORMATO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Código: SST-FR-004

Versión: 001

PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS GENERAL

REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA DE LOS TRABAJADORES						
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	Jhon Fredy *	80764602	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon			
2	Jairo Castañeda	3256087							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
	Vo.Bo. Seguridad y Salud en el Trabajo:		Adolpo S	Adolpo S	Adolpo S.	Adolpo S	Adolpo S		

Vo.Bo. Residente de obra:

Vo.Bo. OFICIAL DE OBRA: Jairo Castañeda

Observaciones

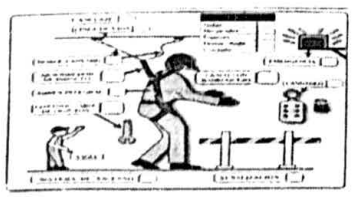
SISTEMA DE ACCESO

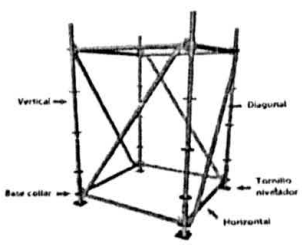
SISTEMA DE ACCESO	SI	NO	NA
Escalera asegurada a la estructura	/		
Peldaños y largueros en buen estado	/		
Barandas en buen estados y adecuadas	/		
Los andamios se encuentran inspeccionados. Certificados y en optimas condiciones?	/		
Plataformas de andamios en optimas condiciones?	/		
Superficies y bases niveladas y limpias	/		

SISTEMA DE RESCATE

SISTEMA DE RESCATE	SI	NO	NA
Sistema de poleas		/	
Línea de vida con tradicción automatica		/	
Trípode			
Sistema de autorescate	/		
Protocolo de rescate en alturas	/		

Señale en la siguiente figura los elementos de protección personal requeridos para realizar la actividad





Powered by CamScanner

STEEL CONCRET	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VESIÓN:
		CODIGO:
		FECHA: 11/2024

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS — **N° PERMISO:**

UBICACIÓN:	Palacio de los deportes			
FECHA DE INICIO:	3 marzo 2025	**FECHA DE TERMINACIÓN**	8 marzo 2025	**LA ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A REALIZAR**
HORA DE INICIO	7:00 am	**HORA FINAL**	5:00 pm	10 M
ACTIVIDAD	Mantenimiento de cobierta - cambio de taberia			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	instalacion de tornilleria en laminas de cubierta, aplicacion de silicona e impermeabilizacion, cambio de taberia de galvanizada			

INDENTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE RIESGO

ALREDEDORES (Evidenciar las condiciones de los lugares de trabajo para establecer los controles necesarios)	HERRAMIENTAS Y EQUIPOS (Establecer cuales son los equipos necesarios para ejecutar el trabajo)	EPP REQUERIDOS (Determinar los EPP necesarios para desarrollar la tarea para exigirlos en el permiso de trabajo)
☐Ruido ☑Químicos	☑Herr. de Mano ☐Bombas	☑Gafas de Seguridad ☐Casco
☐Iluminación ☑Material con filo	☐Opera con Aire ☐Mangueras	☑Linea de vida ☐Careta
☐Ventilación ☐Congestión	☐Generador ☑Andamio	☐Guantes ☐Respirador
☐Trabajos Encima ☐Caminos	☑Escaleras ☐Equipo Movil	☑Arnés de Seguridad ☐Equipo Lava Ojos
☑Áreas Punteadas ☐Guayas/cables	☑Extintor de Fuego	☑Calzado Seguridad ☐Protección Auditiva
☐Resbaloso/Caidas ☐Clima	☐Herramienta Inusual	☑Eslgan de posicionamiento
☐Muelle/Agua ☐Combustibles	☑Herr. Eléctrica/ Extensiones Eléctricas	☐
☐Líneas Alto Voltaje	☐Grúa / Malacate / Winche/ Pluma	☐Ropa Protectora para Cortadas/Soldadura
☐Cables Enterrados/Tuberías/Otros	☐Guayas para cargar	☐Freno de seguridad/mosqueton
☐Otros _____	☐Circuito Interruptor/Tierra	☐Otros _____
	☐Otros _____	

PRUEBAS (Realizar las pruebas ambientales necesarias para minimizar la expocision a riesgos higienicos)	NOTIFICACIONES (Realizar las notificaciones necesarias sobre los posibles impactos por la realizacion de la tarea)	IDENTIFICACION DE RIESGOS (Definir los riesgos a los cuales se pueden exponer los trabajadores durante la ejecucion de la tarea)
☐Monitoreo de Gases/Prueba de Gases	☑Cliente(s) ☐IH/Ambiental	☐Corto Eléctrico ☑Caida personas
☐Benzeno ☐Voltímetro	☐Dept. Bomberos ☑Supervisor Sitio	☑Riesgo de Caida objetos ☐Soldadura
☐Otros _____	☐Población trabajadora	☐volcamiento
	☐PoblaciónTranseunte	☐Otros _____
	☐Otros	

PRODUCTOS y/o MATERIALES (Determinar los materiales y productos necesarios para la realizacion de la tarea y tener a mano las fichas de seguridad de los productos)	REQUERIMIENTOS Y PERSONAL ESPECIALIZADOS (Se debe determinar antes de iniciar la tarea los requerimientos de procedimientos, equipos y personal especializado requerido)	OTROS
	☐Soldador	☑Procedimientos seguros
	☐Operador de Equipo	☑Consideraciones Ambientales
	☐Supervisores	☑Inspecciones de Equipos
	☐Otros _____	☐Otros _____

VERIFICACION DEL ESTADO DE SALUD Y OTROS REQUERIMIENTOS

ITEM	CONDICIÓN DE SALUD	SI	NO
1	Se le practico y aprobo el examen medico para trabajo en alturas hace menos de un año?	✓	
2	Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? Cuales?	✓	✓
3	Sufre de epilepcia, mareos o vertigo?		✓
4	Sufre de miedo a las alturas? (Acrofilia)	✓	
5	Esta certificado en trabajo en alturas?	✓	
6	Declara y certifica que esta afiliado y tiene su seguridad social al día (EPS, ARL, AFP)?	✓	
7	Declara que no esta en estado de embarazo?	✓	
8	Declara que no se encuentra en estado de embriaguez y que no ha consumido alcohol ni sustancias Psicoactivas en las ultimas 24 Horas?		✓
9	Declara alguna condicion de salud que no se menciona y que puede afectar su desempeño laboral?	✓	
10	Se verifico que los certificados de trabajo en alturas provengan de pistas certificadas por el Min. De Trabajo según Resolucion 1178 de 2017		

Observaciones puntuales o restricciones particulares de salud:

Powered by CamScanner

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Jhon Fredy Huertas	80764608	Auxiliar	Jhon
2				
3	Jairo castaneda	3,256,081	aficy	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

ELABORADO Y SUPERVISADO POR: Adolpo Salazar

ENCARGADO EN OBRA			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
JORGE CARDENAS	1379986418	IN GENIERO	

ENCARGADO DEL SST y/o COORDINADOR DE ALTURAS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
~~BRENDA ORTEGA~~ Adolpo Salazar	1000422649 80857096	SST- COORDINADORO	Adolpo S

DETERMINACIÓN DEL TRABAJO

El trabajo ha sido terminado y todas las personas bajo mi supervición, materiales y equipos han sido retirados.

Nombre completo del SISO o Responsable Adolpo Salazar CEDULA 80 857 096 FIRMA Adolpo S

Powered by CamScanner

STEEL CONCRET	INSPECCION PARA TALADRO		SST - IP- 010 Version 0 Pag 1 de 1

LOCALIZACION: Palacio de los deportes	MODELO: M6 - M16	Marca: Makita	FECHA: 03/03/25

PERIODO: 03 Marzo DEL 03 AL 08 DE 2025

DESCRIPCION	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
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)			✓				✓		✓					
ESTADO DE INSTALACION DEL PORTABROCA (INSERTACION)			✓				✓		✓					
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS			✓				✓		✓					
ESTADO E INSTALACION DEL LA BATERÍA			✓				✓		✓					
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO			✓				✓		✓					
ESTADO DE LA EMPUÑADURA			✓				✓		✓					
SE UTILIZA ACCESORIO APROPIADO			✓				✓		✓					
SE UTILIZA ACCESORIO APROPIADDO PARA LA TAREA			✓				✓		✓					
ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC.)			✓				✓		✓					
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR			✓				✓		✓					
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS			✓				✓		✓					
ESTADO DE LA BROCA, COPA			✓				✓		✓					

FIRMA DIARIA DEL OPERADOR		LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
NOMBRE	CEDULA							
JHON Fredy Huertas	80764602	—	JHON	—	JHON			
Jairo Castañeda	3256081	—	Jairo	—		Jairo		

Jairo Castañeda ☑ SI ☐ NO INSPECCIONADO POR: Adolfo Salazar

Observación:

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.
En caso de necesitar ayuda adicional debe informarle al JEFE DE MAQUINARIA quien tomará la decisión más segura.

Powered by CamScanner

STEEL CONCRET	INSPECCION PARA PULIDORA	SST - IP- 010
		Version 0
		Pag 1 de 1

LOCALIZACION: Palacio de los deportes MODELO: _____ MARCA: Makita FECHA: 03 marzo 2025

PERIODO: 03 de marzo a 8 de marzo 2025

DESCRIPCION	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)	/		/		/		/		/					
ESTADO DE INSTALACION DEL DISCO (INSERTACION)	/		/		/		/		/					
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	/		/		/		/		/					
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO	/		/		/		/		/					
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO	/		/		/		/		/					
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA	/		/		/		/		/					
SE UTILIZA ACCESORIO APROPIADO PARA LAS RPM (8500 - 15000)	/		/		/		/		/					
SE UTILIZA ACCESORIO APROPIADDO PARA LA TAREA	/		/		/		/		/					
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC.)	/		/		/		/		/					
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	/		/		/		/		/					
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	/		/		/		/		/					
ESTADO DEL DISCO	/		/		/		/		/					

FIRMA DIARIA DEL OPERADOR

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Jairo castañeda	3256			—				
Jhon fredy Hvez	90764602	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon			

AUTORIZADO PARA OPERAR SI X NO

OPERADOR: Jairo Castañeda INSPECCIONADO POR: Adolfo Salazar

OBSERVACIONES:

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.

Powered by CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

		VALIDO DESDE (DD / MM / AA)	VALIDO HASTA (DD / MM / AA)
CENRO DE TRABAJO / PROYECTO	Valles de Cafam.		
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Cancha de futbol 8.	03 / 03 / 25	06 / 03 / 25
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	16mts	HORA DE INICIO: 08:00	HORA DE FINALIZACION: 06:00pm
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento y cambio de iluminacion		

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

Instalacion de 16 luminaras Led 345W en cancha de futbol 8, instalación de control de iluminacion.

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:
___TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS
OTRO: _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

herramienta menor de mano.

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE", NC "NO CUMPLE", NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO ___CLASE X CON __ SIN __ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN X TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA __ POLIURETANO X CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA.
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR.
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO.
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL?: _____

OBSERVACIONES: _____

TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante.

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres felipe Jimenez V.	1014239649	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Andres felipe Jimenez V.	1014239649	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?	Y			Y			Y			Y												
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad ?	Y			Y			Y			Y												
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?	X			N						Y												

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otras)?	Y			Y			Y			Y												
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?	X			Y			Y			Y												
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?	Y			Y			N			Y												

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?	Y			Y			Y			Y												
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?	Y			Y			Y			Y												
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, reatas, etiquetas, eslingas?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin deblamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)	Y			Y			Y			Y												
La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?	Y			N			Y			Y												
La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?	Y			Y			X			Y												
El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?	X			Y			X			X												
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?	Y			Y			Y			Y												
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?	X			Y			X			X												

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	Y																							
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	Y																							

ENTRENAMIENTO-APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	Y																							
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	Y																							
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	Y																							

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leido totalmente la lista de chequeo y que me encuento en plenas condiciones fisicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas.

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Emily Medina.	79552450	Emily	Emily	Emily	Emily			
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ò Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?		¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?	
SI [X]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____

FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	____:____

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

AYUDANTE DE SEGURIDAD	
NOMBREY APELLIDO	Paula A. Romero Vargas
CEDULA	1014235649
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO			
NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez		
CEDULA	1014239001		
FIRMA			
FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	06:00 pm.
06	03	25	

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS	
NOMBRE Y APELLIDO	Paula A. Romero V
CEDULA	1014235649.
CELULAR	3017270765

Scanned with CamScanner

	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo SST-FT-022 Versión 00 FECHA ENERO 2023
CONSORCIO [illegible]	Contrato de obra pública Nro	Página 1 de 1

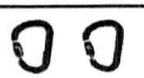
INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CONTRA CAIDAS

Proyecto de ejecución: Contrato de obra pública Nro

Fecha de Inspección: 03 | 03 | 23.

Datos del responsable de los equipos

Nombre: Emilio Medina **No. de documento:** 79552450 **Cargo:** Tecnico electricista.

Descripción del equipo			Componente	Criterio de verificación	Marque SI/NO según corresponda		Observación
ARNES DE CUERPO ENTERO		Fecha de fabricación: 12/2022. Marca: ORBIT. Serial y/o referencia: 2685717	Correas o reatas	Estan Libres de agujeros	SI	NO	
				Las costuras se encuentran en buen estado	SI	NO	
				Estan sin grietas	SI	NO	
				Se observa estiramiento excesivo	SI	NO	
				Estan libres de quemaduras	SI	NO	
				Indicador de impacto intacto	SI	NO	
				Las etiquetas en buen estado y protegidas	SI	NO	
				Libres de corrosión por exposición a químicos y pinturas	SI	NO	
			Argollas, laterales, dorsal y pectoral	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
			Hebillas	Se evidencia desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observa picaduras y grietas	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		Fecha de fabricación: 03/2023. Marca: inspec. Serial o referencia: VL.3/12 20705.	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
			Ganchos	Se observan roturas o exposición de su contenido	SI	NO	
				Las uniones con la eslinga y el gancho se encuentra intactas	SI	NO	
			Etiquetas	Funcionan normalmente para apertura y cierre	SI	NO	
				Se evidencia deformación y/o doblados	SI	NO	
				Se evidencia corrosión	SI	NO	
LAZO PRUSIK		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Correa o reata	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Las costuras estas libres de puntadas, estiradas o cortadas	SI	NO	
MOSQUETON		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	Se observa de desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa de corrosión	SI	NO	
				Se observa de deterioro general	SI	NO	
LINEA DE VIDA		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Anclaje	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan grietas	SI	NO	
				Se observa corrosión	SI	NO	
				Se observa deterioro general	SI	NO	
			Cuerda	Se observa desgaste excesivo o deformaciones	SI	NO	
				Se observan hilos rotos o cortados	SI	NO	
				Certificación de la linea de vida	SI	NO	
				El diametro de la cuerda cumple con el requerido	SI	NO	
				Se observan residuos de pinturas, cambio de color o manchadas	SI	NO	
ASAP		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Cuerpo	El equipo presenta marcas, deformaciones, fisuras y corrosión.	SI	NO	
			Rueda bloqueadora	La rueda se encuentra limpia y sin residuos	SI	NO	
				Hay ausencia de dientes o presentan desgaste	SI	NO	
				Gira uniformemente	SI	NO	
ABSORBER		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Funda y cinta absorbedora	Se observan rasgaduras, cortes o roturas	SI	NO	
				Libres de abrasión, moho, quemaduras o decoloración	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
				Se observan desgarros o costuras sueltas	SI	NO	
				La etiqueta indicadora de cáida esta desgarrada	SI	NO	
				La funda portege correctamente la cinta absorbedora	SI	NO	
			Puntos de conexión	Los evidencian hilos sueltos o desilachados	SI	NO	
FD		Fecha de fabricación: Marca: Serial y/o referencia:	Placa lateral movil	Presenta aplastamiento, deformaciones o fisuras	SI	NO	
				El estado del gatillo esta en buenas condiciones	SI	NO	
				La apertura y cierre es adecuada	SI	NO	
				Los remaches estan debidamente ajustados	SI	NO	
			Cuerpo	La leva y su eje esta desgastado	SI	NO	
				La rotación de la leva es apropiada	SI	NO	
				El patín presenta algún tipo de marca o corrosión	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
				Los dientes se encuentran desgastados y/o sucios	SI	NO	
				El orificio de conexión se encuentra en condición adecuada	SI	NO	
TRIPODE		Fecha de fabricación: Marca:	Cinta, y puntos de enganche	Se observan cortes, desgastes, roturas	SI	NO	
				Hay rastro de contacto con productos químicos	SI	NO	
				Tiene hilos sueltos, flojos o cortados	SI	NO	
				Hay evidencia de marcas, fisuras, deformación y/o corrosión	SI	NO	

Nota. La inspección de los equipos de protección contra caídas debe ser realizada por el trabajador responsable. La periodicidad en el diligenciamiento del presente formato debera ser como minimo 2 veces al mes, sin embargo, es obligatorio que el trabajador cada vez que use el equipo realice una revisión informal de todos los componentes

Firma del trabajador responsable

Firma de supervisor y/o jefe inmediato

Scanned with CamScanner

STEEL CONCRET	FORMATO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-TSA - 004
	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS GENERAL	Versión: 001
		Fecha: 27/06/2022

Para poder iniciar los trabajos todas las respuestas deben ser afirmativas.
. El no llenar este permiso es violatorio del manual de contratistas; dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo.
. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autorizo este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.
. En los casos en que se marque no aplica se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones.

OBRA O CENTRO DE TRABAJO: PRO

CONTRATISTA: Steel concret UBICACIÓN: Pista de Patinaje SOLICITADO POR: Adolfo Salazar

HORA DE INICIO: 8:00 am HORA FINAL: 5:00 pm (Vigencia por un turno de trabajo) SEMANA DEL 10 AL 15 MES marzo AÑO 2025

ACTIVIDAD: Cambio de cubierta en gradas

DESCRIPCION DE LA TAREA: Pintura y mantenimiento de estructura y cambio de cubierta en gradas de pista de patinaje

	ALTURAS	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1	El personal que realiza la actividad cuenta con capacitacion especifica para trabajos en alturas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
2	Los encargados de realizar las labores se encuentran en condiciones anímicas y físicas saludables?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
3	Los equipos de proteccion personal anticaidas tienen certificacion y se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
4	Los equipos a utilizar han sido revisados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5	La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6	La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
7	El sitio donde se realiza el trabajo se encuentra libre de riesgo eléctrico?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
8	Se encuentra señalizada y/o demarcada la zona de trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
9	El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
10	Se ha socializado la ficha de conocimiento basico especifica para la tarea? (andamio tubular, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 1.50 mt)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	DATOS GENERALES	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
11	La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
12	Se cuenta con brigada, botiquín de primeros auxilios, inmovilizadores y camillas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
13	La seguridad social de las personas que realizan la actividad esta disponible y se encuentra vigente?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
14	Se encuentra en óptimas condiciones de salud para realizar la labor?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
15	Se encuentra libre del efecto de sustancias sicoactivas que puedan alterar su estado de conciencia (medicamentos, drogas, licor...)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
16	Se encuentra libre de problemas que afecten su concetración (familiares, personales o laborales)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
17	Quien va a realizar la labor tiene vigente el certificado de **aptitud médica para trabajos en alturas?**	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
18	En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
19	En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados...)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

Powered by CamScanner

STEEL CONCRETE

FORMATO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Código: SST-TSA - 004

Versión: 001

PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS GENERAL

REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA DE LOS TRABAJADORES Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	Jhoan Perez	707600797	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhan	
2	Jorge Cruz	1109845578	Jorge	Jorge	Jorge	Jorge	Jorge	Jorge	
3	Jairo Cortes	225087						Sall	
4	Jhon Freddy Nuñez	80764602	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	
5	Rafael Perez	80281984	—	Rwp	Rwp	Rwp	—	Rwp	
6									
7									
8									
9									
10									

Vo.Bo. Seguridad y Salud en el trabajo: Adolfo S | Adolfo S | Adolfo S | Adolfo S. | Adolfo S. | Adolfo S

Vo.Bo. Residente de obra:

Vo.Bo. OFICIAL DE OBRA:

Observaciones

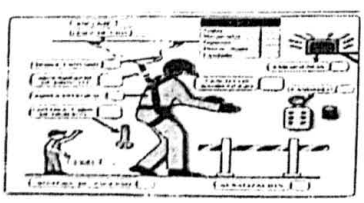
SISTEMA DE ACCESO

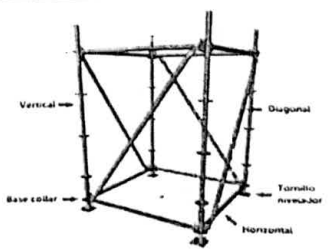
SISTEMA DE ACCESO	SI	NO	NA
Escalera asegurada a la estructura	✓		
Peldaños y largueros en buen estado	✓		
Barandas en buen estados y adecuadas	✓		
Los andamios se encuentran inspeccionados. Certificados y en optimas condiciones?	✓		
Plataformas de anaamios en optimas condiciones?	✓		
Superficies y bases niveladas y limpias	✓		

SISTEMA DE RESCATE

SISTEMA DE RESCATE	SI	NO	NA
Sistema de poleas		✓	
Linea de vida con tradicción automatica		✓	
Tripode		✓	
Sistema de autorescate		✓	
Protocolo de rescate en alturas	✓		

Señale en la siguiente figura los elementos de protección personal requeridos para realizar la actividad





Powered by CamScanner

STEEL CONCRET	FORMATO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SST-TSA-004
	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS GENERAL	Versión: 001
		Fecha: 29/06/2022

1. Para poder iniciar los trabajos todas las respuestas deben ser afirmativas.
2. El no llenar este permiso es violatorio del manual de contratistas dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
3. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo.
4. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autorizo este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.
5. En los casos en que se marque no aplica se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones.

OBRA O CENTRO DE TRABAJO: PRO - UCAD

CONTRATISTA: Steel concret UBICACIÓN: UCAD

SOLICITADO POR: Adolfo Salazar

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA FINAL: 5:00 pm (Vigencia por un turno de trabajo) SEMANA DEL 10 AL 15

MES Marzo AÑO 2025

ACTIVIDAD: Impermeabilizacion de cubierta

DESCRIPCION DE LA TAREA: limpieza, media caña, impermeabilizacion de cubierta

ALTURAS	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1 El personal que realiza la actividad cuenta con capacitacion especifica para trabajos en alturas?	/			/			/			/			/								
2 Los encargados de realizar las labores se encuentran en condiciones animicas y fisicas saludables?	/			/			/			/			/								
3 Los equipos de proteccion personal usados tienen certificacion y se encuentran en buen estado?	/			/			/			/			/								
4 Los equipos a utilizar han sido revisados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?	/			/			/			/			/								
5 La linea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?	/			/			/			/			/								
6 La linea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?	/			/			/			/			/								
7 El sitio donde se realiza el trabajo se encuentra libre de riesgo eléctrico?	/			/			/			/			/								
8 Se encuentra señalizada y/o demarcada la zona de trabajo?	/			/			/			/			/								
9 El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?	/			/			/			/			/								
10 Se ha socializado la ficha de conocimiento basico especifica para la tarea? (andamio tubular, andamio colgante, escalera, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 1.50 mt)	/			/			/			/			/								

DATOS GENERALES	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
11 La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	/			/			/			/			/								
12 Se cuenta con brigada, botiquin de primeros auxilios, inmovilizadores y camillas?	/			/			/			/			/								
13 La seguridad social de las personas que realizan la actividad esta disponible y se encuentra vigente?	/			/			/			/			/								
14 Se encuentra en óptimas condiciones de salud para realizar la labor?	/			/			/			/			/								
15 Se encuentra libre del efecto de sustancias sicoactivas que puedan alterar su estado de conciencia (medicamentos, drogas, licor...)?	/			/			/			/			/								
16 Se encuentra libre de problemas que afecten su concetración (familiares, personales o laborales)?	/			/			/			/			/								
17 Quien va a realizar la labor tiene vigente el certificado de **aptitud médica para trabajos en alturas?**	/			/			/			/			/								
18 En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?	/			/			/			/			/								
19 En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados...)?	/			/			/			/			/								

Powered by CamScanner

STEEL CONCRET

FORMATO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Código: SST-TSA - 004

Versión: 001

PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS GENERAL

REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA DE LOS TRABAJADORES						
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domin
1	JHON Fredy H	90764602	JHON	JHON	JHON	JHON	JHON		
2	Jairo castañeda	3256087							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
	Vo.Bo. Seguridad y Salud en el Trabajo:		Adolfo S.	Adolfo S.	Adolfo S.	Adolfo S.	Adolfo S.		

Vo.Bo. Residente de obra:

Vo.Bo. OFICIAL DE OBRA: Jairo castañeda

Observaciones

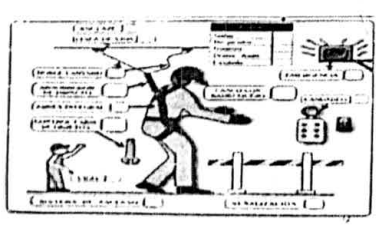
SISTEMA DE ACCESO

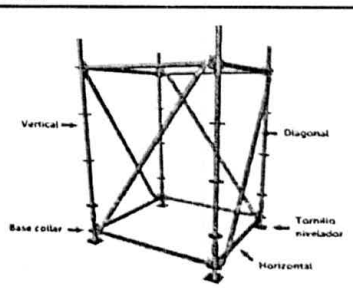
SISTEMA DE ACCESO	SI	NO	NA
Escalera asegurada a la estructura	/		
Peldaños y largueros en buen estado	/		
Barandas en buen estados y adecuadas	/		
Los andamios se encuentran inspeccionados. Certificados y en optimas condiciones?			/
Plataformas de andamios en optimas condiciones?			/
Superficies y bases niveladas y limpias	/		

SISTEMA DE RESCATE

SISTEMA DE RESCATE	SI	NO	NA
Sistema de poleas		/	
Línea de vida con tradicción automatica		/	
Tripode		/	
Sistema de autorescate	/		
Protocolo de rescate en alturas	/		

Señale en la siguiente figura los elementos de protección personal requeridos para realizar la actividad





Powered by CamScanner

STEEL CONCRET	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VESIÓN:
		CODIGO:
		FECHA: 11/2024
		N° PERMISO:

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

UBICACIÓN: PRD				
FECHA DE INICIO:	10 marzo de 2025	FECHA DE TERMINACIÓN	15 marzo de 2025	LA ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A REALIZAR: 7 M
HORA DE INICIO	7:00 am	HORA FINAL	5:00 pm	
ACTIVIDAD	Cambio de cubierta en gradas			
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	Pintura y Mantenimiento de estructura y cambio de cubierta en gradas de pista de patinaje			

INDENTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE RIESGO

ALREDEDORES (Evidenciar las condiciones de los lugares de trabajo para establecer los controles necesarios)		HERRAMIENTAS Y EQUIPOS (Establecer cuales son los equipos necesarios para ejecutar el trabajo)		EPP REQUERIDOS (Determinar los EPP necesarios para desarrollar la tarea para exigirlos en el permiso de trabajo)	
☐Ruido	☑Quimicos	☑Herr. de Mano	☐Bombas	☑Gafas de Seguridad	☑Casco
☐Iluminación	☐Material con filo	☐Opera con Aire	☐Mangueras	☑Linea de vida	☐Careta
☐Ventilación	☐Congestión	☐Generador	☑Andamio	☑Guantes	☐Respirador
☐Trabajos Encerrados	☐Caminos	☑Escaleras	☐Equipo Movil	☑Arnés de Seguridad	☐Equipo Lava Ojos
☑Areas Punteadas	☐Guayas/cables	☑Extintor de Fuego		☑Calzado Seguridad	☐Protección Auditiva
☐Resbaloso/Caidas	☑Clima	☐Herramienta inusual		☐Eslingas de posicionamiento	
☐Muelle/Agua	☐Combustibles	☑Herr. Eléctrica/ Extensiones Eléctricas		N/A	
☐Líneas Alto Voltaje		☐Grúa / Malacate / Winche/ Pluma		☑Ropa Protectora para Cortadas/Soldadura	
☐Cables Enterrados/Tuberías/Otros		☐Guayas para cargar		☐Freno de seguridad/mosqueton	
☐Otros _____		☐Circuito Interruptor/Tierra		☐Otros _____	
		☐Otros _____			

PRUEBAS (Realizar las pruebas ambientales necesarias para minimizar la exposicion a riesgos higienicos)	NOTIFICACIONES (Realizar las notificaciones necesarias sobre los posibles impactos por la realizacion de la tarea)		IDENTIFICACION DE RIESGOS (Definir los riesgos a los cuales se pueden exponer los trabajadores durante la ejecucion de la tarea)	
☐Monitoreo de Gases/Prueba de Gases	☑Cliente(s)	☑IH/Ambiental	☐Corto Eléctrico	☑Caida personas
☐Benzeno ☐Voltímetro	☐Dept. Bomberos	☑Supervisor Sitio	☑Riesgo de Caida objetos	☐Soldadura
☐Otros _____	☐ Población trabajadora		☐Volcamiento	
	☐PoblaciónTranseunte		☐Otros _____	
	☐Otros _____			

PRODUCTOS y/o MATERIALES (Determinar los materiales y productos necesarios para la realizacion de la tarea y tener a mano las fichas de seguridad de los productos)	REQUERIMIENTOS Y PERSONAL ESPECIALIZADOS (Se debe determinar antes de iniciar la tarea los requerimientos de procedimientos, equipos y personal especializado requerido)	OTROS
	☐Soldador	☑Procedimientos seguros
	☐Operador de Equipo	☑Consideraciones Ambientales
	☐Supervisores	☑Inspecciones de Equipos
	☐Otros _____	☐Otros _____

VERIFICACION DEL ESTADO DE SALUD Y OTROS REQUERIMIENTOS

ITEM	CONDICIÓN DE SALUD	SI	NO
1	Se le practico y aprobo el examen medico para trabajo en alturas hace menos de un año?	✓	
2	Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? Cuales?		✓
3	Sufre de epilepcia, mareos o vertigo?		✓
4	Sufre de miedo a las alturas? (Acrofilia)		✓
5	Esta certificado en trabajo en alturas?		✓
6	Declara y certifica que esta afiliado y tiene su seguridad social al día (EPS, ARL, AFP)?	✓	
7	Declara que no esta en estado de embarazo?	✓	
8	Declara que no se encuentra en estado de embriaguez y que no ha consumido alcohol ni sustancias Psicoactivas en las ultimas 24 Horas?	✓	
9	Declara alguna condicion de salud que no se menciona y que puede afectar su desempeño laboral?		✓
10	Se verifico que los certificados de trabajo en alturas provengan de pistas certificadas por el Min. De Trabajo según Resolucion 1178 de 2017	✓	

Observaciones puntuales o restricciones particulares de salud:

Powered by CamScanner

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Jhoan Perez	7076002879	auxiliar	
2	Jorge Cuico	1004845537	Auxiliar	
3	Jairo Quiñonez	8256083		
4	Jhon Fredy Muertas	8076466	Auxiliar	
5	Rafael Perez	8028/984	Instalador	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

ELABORADO Y SUPERVISADO POR:

ENCARGADO EN OBRA			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
JORGE CARDENAS	1379886418	IN GENIERO	
ENCARGADO DEL SST y/o COORDINADOR DE ALTURAS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
~~BRENDA ORTEGA~~ Adolfo Salazar	1004422649 80857096	SST- COORDINADOR	Adolfo S
DETERMINACIÓN DEL TRABAJO			
El trabajo ha sido terminado y todas las personas bajo mi supervición, materiales y equipos han sido retirados.			

Nombre completo del SISO o Responsable Adolfo Salazar CEDULA 80857096 FIRMA Adolfo S

Powered by CamScanner