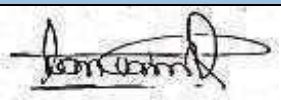
**No. DEACTA: 39**

| | |
|---|---|
| **Fecha de reunión:16** de Abril de 2025 | **Lugar:** Bogotá |
| **Responsable de la reunión:** Paula Osorio | **Cargo:** Inspector HSEQ |
| **Asunto de lareunión:**Reunión mensual COPAST | |
| **Objetivo de la reunión:** Reunión ordinaria del COPASST. | |

| PARTICIPANTES | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa** | **Nombre** | **Cargo** | **Firma** |
| **EBISU** | **CESAR IVAN CARREÑO** | **Principal del empleador** |  |
| **EBISU** | **PAULA OSORIO** | **Presidente** |  |
| **EBISU** | **JHONZAMORA** | **Invitado** |  |
| | | | |
| | | | |

**Nota:** el campo "Empresa" aplica para los participantes externos.

**DESARROLLO DE LAREUNIÓN**

**ORDEN DELDÍA**

1. Verificación Quorum.
2. Lectura de compromisos y aprobación de acta anterior.
3. Análisis de Accidentes de trabajo, incidentes y Enfermedad Laboral (Administrativos – Proyectos)
   Casos- sede causas- plan de acción – seguimiento.
4. Recomendaciones adicionales y/o comentarios.
5. Serealiza investigación de accidentes presentados en el proyecto boíta en el mes de marzo

**DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

1. Se hizo verificación del quorum cumplimiento con el número personas requeridas para dar inicio a la reunión ordinaria del COPASST correspondiente al mes de febrero de 2024. En la presenta acta se anexa el control de asistencia COPASST.

2. El principal del empleador del COPASST procede a mencionar el orden del día de la reunión ordinaria, el Ing. Carlos Cote verifica el cumplimiento del quorum de la reunión.

3. Se hizo lectura de compromisos y se aprueba por parte de los integrantes del COPASSTel acta anterior donde está el compromiso presentación de las obras.

4. Se realiza cierre de investigación deaccidente sin presentar novedades del mismo.

5. Se informo el mecanismo para el desarrollo de esta actividad para lapromoción yprevención e integración de subcontratistas con colaboradores de Ebisu

**COMPROMISOS**

| Item | Compromiso | Responsable | Fecha | Cumplido |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Plan de mejores estándares mínimos 2024 | Inspectores SST | Todo el mes | Cumplido |
| 2 | Investigación de inocente caps fuga de co2 | Inspectores SST | Todo el mes | cumplido |

**OBSERVACIONES**

Se sugiere al personal SST de las obras siempre realizar inspecciones realizando recorrido general a cada uno de los proyectos para generar los hallazgos, estos deben ser muy descriptivos.

. Dando cumplimiento a la jornada de armonización se hará el correspondiente acompañamiento de área de seguridad y salud en el trabajo con representante de Copasst

Durante este periodo no se reportaron incidentes y accidentes laborales por parte de los trabajadores de EBISU y subcontratistas. se presento ausentismo por causa médica. La ocurrencia es por cambio climatico, se sugiere sensibilizar a personal del autocuidado

Se realizaron inspecciones ambientales y SST a los EPPs maquinaria equipos y elementos de seguridad

dotaciones.

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

# CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| | |
|---|---|
| [illegible] | **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** |

**OBJETIVO**

DESARROLLAR ACTIVIDADES TENDIENTES A CONCIENCIAR AL PERSONAL DE LA EMPRESA SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN QUE SE DEBEN ADOPTAR PARA REDUCIR LOS RIESGOS , QUE SE PRESENTAN EN LOS PUESTOS DE TRABAJO Y QUE PUEDAN GENERAR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES.

| RECURSOS | RECURSOS |
|---|---|
| HUMANOS | AREA ADMINISTRATIVA,ARL,DIRECCIÓN SST PROFESIONAL |
| TECNOLOGICOS | COMPUTADORES, VIDEO BEAN, PARLANTES, SOFTWARE REQUERIDOS PARA |
| FINANCIEROS | PRESUPUESTO ASIGNADO POR LA EMPRESA |

| CONVENCIONES | |
|---|---|
| | Programado |
| | Ejecutado |
| | Reprogramado |

**CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES PROYECTO BOITA**

| MEDICINA PREVENTIVA Y DE TRABAJO | | | | Mes 23 | | | Mes 24 | | | Mes 25 | | | Mes 26 | | | Mes 27 | | | Mes 28 | | | Mes 29 | | | Mes 30 | | | Mes 31 | | | Mes 32 | | | Mes 33 | | | Mes 34 | | | Mes 35 | | | Mes 36 | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | CAPACITACION | RESPONSABLE | DIRIGIDO A: | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | P | E | R | |
| 1 | Examenes de ingreso | Area administrativa | Todos los trabajadores | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | | | P | | | |
| 2 | Examenes periodicos | Area administrativa | Todos los trabajadores | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | | | P | | | |
| 3 | Examenes de egreso | Area administrativa | Todos los trabajadores | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | | | P | | | Cada vez que el trabajador se retire de la organización |
| 4 | Inducciones y reinducciones | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Campaña de salud visual | ARL | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segun la disponibilidad de la ARL |
| 6 | Campaña de acticidad fisica(rumbaterapia) | ARL | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segun la disponibilidad de la ARL |
| 7 | Campaña medicina preventiva toma de talla, peso | ARL | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segun la disponibilidad de la ARL |
| 8 | Campaña de nutrición | ARL | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segun la disponibilidad de la ARL |
| 9 | Verificacion de documentos del personal | Area administrativa,Director HSEQ,Inspector SST | Todos los trabajadores | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | E | | P | | | |
| 10 | Sencibilización Cuidado de manos riesgo Mecanico | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Capacitación enfermedad laboral | Inspector SST | Todos los trabajadores | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Capacitación funciones de los trabajadores frente al SGSST | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Riesgo Psicosocial | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Capacitación legislación SST | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Capacitación responsabilidad civil y penal frente al SGSST | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Cpacitación Salud mental y manejo de ira | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | R | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Divulgacion de peligros presentes en obra | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Pons como actuar en una situación de emergencia | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Capacitación Riesgos locativos | Inspector SST | Todos los trabajadores | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | Riesgo Biomecanico | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | Capacitación Riesgos por condiciones de seguridad | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | Capacitación que es Examen medico de ingreso, periodico, egreso y pos-incapacidad | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | Charla de seguridad eliminar distractores | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | Capacitacion Roles y Funciones SST | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | Prevencion de enfermedades de la piel | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | Capacitacion Material Particulado | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | Prevencion de enfermedades cardiovasculares | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | |
| 28 | Enfermedades por contacto | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | |
| 29 | que es una enfermedad de transmision sexual | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | |
| 30 | Prevencion en lesiones musculoesqueleticas | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | |
| 31 | equilibrio entre vida personal y el trabajo | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | |
| 32 | comunicación asertiva | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | |
| 33 | Que es acoso laboral y los tipos que existen | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | |
| 34 | Campaña de autocuidado del oido | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | |
| HIGIENE INDUSTRIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | DIRIGIDO A: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Capacitación diseños de puesto de trabajo | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Perdida Cpacidad Laboral | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Capacitación Riesgo publico y numeros de emergencia | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Capacitación Prevención al tabaquismo | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | Capacitación  Toxicologia ocupacional | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Cpacitación importancia del sueño | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Mabual de funciones | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | rendicion de cuentas a SST | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Capcitcion riesgo Biologico | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Como se catalogan los accidentes Laborales | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Orden y aseo en obra | Inspector sST  y Especialista Ambiental | Todos los trabajadores | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Capacitación Residuos peligrosos | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Cpacitacion que es higiene ocupacional | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Manejo de heridas y quemaduras | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | |

**SEGURIDAD INDUSTRIAL**

| N° | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | DIRIGIDO A: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Capacitación Actividades de alto riesgo | Inspector SST | Todos los trabajadores | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Uso correcto de elementos de proteccion personal | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Capacitacion que es un equipo de proteccion contra caidas y como funciona | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Seguridad en trabajos con andamios | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Cpacitación colores de seguridad (señalización) | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Capacitación trabajo en alturas | Inspector SST | Todos los trabajadores | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Capacitación trabjao en Caliente (riesgo mecanico) | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Capacitación etiquetado y almcenamiento de productos quimicos | InspectorSST,Ingeniero ambiental | Todos los trabajadores | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Capacitación medidas pasivas de protección  y medidas activas de protección | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Capacitación Riesgo Electrico | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Que es Caja de Compensación Familiar | proveedor caja de compensacion | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | |
| 12 | Capacitación identificacion de peligros en sitios de trabajo | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Cpacitacuión como reportar un accidente y documentarlo | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Capacitación que es el COPASST | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Capacitación que es un peligro | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Resposabuilidad social en obras | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Capacitación que es un Riesgo | Director HSEQ, Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Capacitación Riesgo Electrico | Director HSEQ, Inspector SST | Todos los trabajadores | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Divulgación de politica HSEQ | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | Capacitación diferencia entre accidente e incidente laboral | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | Capacitaión que es ARL | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | Capacitaión que es EPS | Director HSEQ, Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | normatividad relevante codigo sustantivo del trabajo | Director HSEQ, Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | señalitica dentro de obra | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | Como realizar inspeccion y mantenimiento de un equipo de proteccion contra caidas | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | E | | | | | | | | | |
| 26 | Que son medidas de intervencion y control ( medio, fuente e individuo) | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | |
| 27 | como se pagan las incapacidades por EPS y  ARL | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | |
| 28 | Capacitacion primer respondiente | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | |
| 29 | Que es riesgo quimico | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | |
| 30 | manejo integral de residuos | Inspector SST | Todos los trabajadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | |

**Nota**: Lo **PROYECTADO** debe marcar con la letra **P.**

Lo **EJECUTADO** se debe marcar con la letra **E.**

Lo **REPROGRAMADO** se debe marcar con la letra **R** e insertar un comentario justificando**.**

**Nota:** Esta programación puede estar sujeta a cambios estos se marcaran con la letra R ( reprogramado)

| ACTIVIDADES | Mes 19 | Mes 20 | Mes 21 | | | | | | | | | | | | | Mes 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVIDADES EJECUTADAS | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| ACTIVIDADES PROGRAMADAS | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| ACTIVIDADES REPROGRAMADAS | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

# REGISTRO DE CAPACITACIONES SST EBISU S.A.S

| EBISU | REGISTRO ASISTENCIA | Código FST-01<br>Versión 01<br>Fecha 15/03/2022 |
|---|---|---|

| ACTIVIDAD | | TEMA | FECHA |
|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | OTRA | DIA 25 MES 04 AÑO 2023 |
| FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO | | Cual? | REALIZADO EN |
| CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL/ CAPACITACIÓN | X | | Colegio Boita |
| CONFERENCIA - VIDEO TALLER | | | INTENSIDAD HORARIA |
| BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS | | | 20 Minutos |
| GIMNASIA LABORAL/PAUSAS ACTIVAS | | | MATERIAL ENTREGADO |
| REUNIÓN | | | |

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

TEMA: Acoso laboral y sus tipos.

REALIZADA POR: Ibon Zamora y Angelona CARGO O EMPRESA: Coordinador y Inspectora SST

RELACIÓN DE ASISTENCIA

| Nº | PARTICIPANTE | EMPRESA | DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Yesica Olaya | EBISU | 37 746 129 | |
| 2 | Sandra Torres | EBISU | 1007128491 | |
| 3 | Eliezer Osorio | EBISU | 1063764097 | |
| 4 | Hernan Pamplona | EBISU | 79166659 | |
| 5 | ARISMENDI TORRES | EBISU | 79829346 | |
| 6 | Alexander Lopez | EBISU | 13563241 | |
| 7 | [illegible] | EBISU | 92551355 | |
| 8 | Antonio Guerra Amaya | EBISU | 1030634794 | |
| 9 | Irina Altamiranda | EBISU | 50989201 | |
| 10 | DANNY ALVAREZ | EBISU | 1049629973 | |
| 11 | Duvo Mendoza | EBISU | 1097775 | |
| 12 | Jose HERRERA | EBISU | 1002974341 | |
| 13 | Kevin Diaz | EBISU | 1007810337 | |
| 14 | SEBASTIÁN ESCOBAR Z | EBISU | 1069753963 | |
| 15 | Hernan Vanegas | EBISU | 87572106 | |
| 16 | Cristian Castañeda A. | EBISU | 1.118.199.753 | |
| 17 | LUIS ALEJANDRO ARAQUE | EBISU | 1032513039 | |
| 18 | JAY DE DIOS LOPEZ | EBISU | 1003656243 | |
| 19 | Jose D. Serno | EBISU | 1003045096 | |
| 20 | Pablo Alvarez guerrero | EBISU | 1022352554 | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

| EBISU | REGISTRO ASISTENCIA | Código FST-01<br>Versión 01<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

| ACTIVIDAD | | TEMA | | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | OTRA | | DIA 04 MES 04 AÑO 2025 |
| FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO | | CUAL? | | REALIZADO EN |
| CHARLA DE SEGURIDAD PREOPERACIONAL / CAPACITACION | X | | | Proyecto Boitu |
| CONFERENCIA - VIDEO-TALLER | | | | INTENSIDAD HORARIA |
| BOLETINES, FOLLETOS, CARTILLAS | | | | 15 minutos |
| GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS) | | | | MATERIAL ENTREGADO |
| REUNIÓN | | | | |

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

TEMA: COMO Realizar Inspección y mantenimiento EppC

REALIZADA POR: Angie - JHON CARGO O EMPRESA: Inspectores SST

RELACIÓN DE ASISTENCIA

| Nº | PARTICIPANTE | EMPRESA | DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Rafael G. Rincones R | EBISU | 1127394477 | |
| 2 | [illegible] | EBISU | [illegible] | |
| 3 | Sebastián Escobar Z | EBISU | 1069958763 | Sebastián E |
| 4 | Luderney de la Hoz | EBISU | 1102896774 | |
| 5 | Sebastian Castro | Ebisu | 1000850457 | |
| 6 | Magvin Olaya | Ebisu | 87946129 | |
| 7 | Julian D Barreto P. | Ebisu | 1032467146 | Julian Barreto |
| 8 | Hevin S Diaz R | Ebisu | [illegible] | |
| 9 | Duvis Mendoza | Ebisu | 1097775 | |
| 10 | Hernan Pamplona | Ebisu | 70466659 | Hernan P |
| 11 | ARISMENDI TORRES | EBISU | 79829346 | |
| 12 | Hernan Yanguetha | EBISU | 87572106 | |
| 13 | David Santiago Torres | Ebisu | 1000128491 | Santiago Torres |
| 14 | Alexander Lopez | EBISU | 13563241 | |
| 15 | Irina Altamiranda | EBISU | 50989201 | Irina A. |
| 16 | Luis Alejandro Alaque | Ebisu | 1032513039 | Luis Alaque |
| 17 | Leidy Caicedo | EBISU | 1044914028 | Leidy C. |
| 18 | Yulianis Guerra Hoyos | EBISU | 1003063479 | Yulianis |
| 19 | Jose Herrera | EBISU | 1001297434 | Jose H |
| 20 | [illegible] | EBISU | 1116926666 | |
| 21 | Luis Fernando Giron | Ebisu | 80728996 | |
| 22 | FAUSTO SANCHEZ | Ebisu | 5122946 | |
| 23 | | | | |

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

| EBISU | REGISTRO ASISTENCIA | Código FST-01<br>Versión 01<br>Fecha 15/03/2022 |
|---|---|---|

| ACTIVIDAD | | TEMA | | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | CHARLA | | DIA 21 MES 04 AÑO 2025 |
| FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO | | | | REALIZADO EN |
| CHARLA DE SEGURIDAD / PREOPERACIONAL / CAPACITACIÓN | X | | | Colegio Prado |
| CONFERENCIA, VIDEO, TALLER | | | | INTENSIDAD HORARIA |
| BOLETINES, FOLLETOS, CARTILLAS | | | | 1 hora |
| CINEMATICA LABORAL (ANALISIS ACTIVAS) | | | | MATERIAL ENTREGADO |
| REUNIÓN | | | | |

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

TEMA: Manejo de heridas y quemaduras

REALIZADA POR: Arbey Soto CARGO O EMPRESA: EBISU SAS

RELACIÓN DE ASISTENCIA

| No. | PARTICIPANTE | EMPRESA | DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JOSE HERRERA | EBISU | 1001297434 | Jose H |
| 2 | ARMANDO TORRES | EBISU | 79829346 | |
| 3 | Dino Mendoza | EBISU | 1097775 | |
| 4 | KEVIN DIAZ | EBISU | 1008403574 | |
| 5 | Alexander Lopez | EBISU | 1136632741 | |
| 6 | Santos Torres | EBISU | 1007284491 | |
| 7 | Andres felipe R | EBISU | 7216976666 | |
| 8 | Eliezer Osorio | EBISU | 1063764092 | |
| 9 | Rafael G Linares R | EBISU | 1127319477 | |
| 10 | Jose D Berrio conde | EBISU | 1003045086 | |
| 11 | Hernan Pamplona | EBISU | 70466659 | Hernan Pc. |
| 12 | DENNIS ALVAREZ | EBISU | 1049629977 | |
| 13 | Luis Alejandro Arroyo | Ebisu | 1032532039 | LUIS ARROYO |
| 14 | Gretn Mogun | EBISU | 92551355 | |
| 15 | JAY D ROJAS 20902 | EBISU | 1003656243 | |
| 16 | Leysy Pinzon | EBISU | 1003317166 | |
| 17 | Yasibit Garcia | EBISU | 4875794 | |
| 18 | Yohanis Guerra | EBISU | 1003063217 | |
| 19 | Irina Altamiranda | EBISU | 50989201 | |
| 20 | Pablo Alvarez Guerrero | EBISU | 1022352554 | |
| 21 | Jarvin Olaya | EBISU | 57916171 | |
| 22 | SEBASTIAN ESCOBAR | EBISU | 1069758943 | |
| 23 | FAUSTO SANCHEZ | EBISU | 5122946 | |

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

EBISU
CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS
NIT 807.008.957-7

# REGISTRO DE CAPACITACIONES SST SUBCONTRATISTAS

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

| ACTIVIDAD | | TEMA | | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | OTRA | | DIA 28 MES 04 AÑO 2025 |
| FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO | | Cual? | | REALIZADO EN: |
| CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL | | | | Torre A |
| CONFERENCIA - VIDEO-TALLER | | | | INTENSIDAD HORARIA |
| BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS | | | | |
| GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS) | | | | MATERIAL ENTREGADO |
| REUNIÓN | | | | |

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

TEMA: Como realizar inspeccion y mantenimiento de un EPCC

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

| Nº | NOMBRES COMPLETOS | CARGO | DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [signature] |
| 2 | Jaime Soto J. | Soldador | 7340543 | [signature] |
| 3 | Hendrick Ucedo | Ayudante | 1064985135 | [signature] |
| 4 | [illegible] | Soldador | [illegible] | [signature] |
| 5 | Erick Baez | Alxiliar | 1039548931 | [signature] |
| 6 | Brandar [illegible] | Aux | [illegible] | [signature] |
| 7 | [illegible] | Aux | 1140422124 | [signature] |
| 8 | [illegible] Chacon | Soldador | 1003773205 | [signature] |
| 9 | Jairi Perez | Soldador | 1003728946 | [signature] |
| 10 | Brandon el Gallo | Aux | 1003582442 | [signature] |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD [signature]

Powered by CamScanner

| [redacted] | REGISTRO ASISTENCIA | CODIGO: SST-CAP-002 |
|---|---|---|
| | | FECHA: 20/02/2023 |
| | | VERSION: 01 |

| ACTIVIDAD | | TEMA | | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | CHARLA | | DIA 21 MES 02 AÑO 2025 |
| CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO | | CURSO | | REALIZADO EN |
| CHARLA DE SEGURIDAD | | | | Zona A |
| CAPACITACIÓN VIRTUAL | | | | INTENSIDAD HORARIA |
| BOLETINES Y FOLLETOS CARTILLAS | | | | |
| CHARLA CAPACITACIÓN | | | | MATERIAL ENTREGADO |
| REUNIÓN | | | | |

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

TEMA manejo de ruidos y cornetas

REALIZADA POR Juan Fernandez CARGO O EMPRESA CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

| Nº | NOMBRES COMPLETOS | CARGO | DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | [illegible] | 78701543 | [illegible] |
| 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 3 | [illegible] | [illegible] | 10 617205 35 | [illegible] |
| 4 | ERICK PINTO | [illegible] | 1083978701 | [illegible] |
| 5 | STEVEN [illegible] | [illegible] | 1.404.23129 | [illegible] |
| 6 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 7 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 8 | [illegible] Chacon | [illegible] | 1003[illegible] | [illegible] |
| 9 | [illegible] | [illegible] | 1083[illegible] | [illegible] |
| 10 | [illegible] | [illegible] | 1007802482 | [illegible] |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD [illegible]

Powered by CamScanner

| [redacted] | REGISTRO ASISTENCIA | CODIGO: SST-CAP-002 |
|---|---|---|
| | | FECHA: 20/02/2023 |
| | | VERSION: 01 |

| ACTIVIDAD | | TEMA | | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | OTRA | | DIA 16 MES 04 AÑO 2025 |
| FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO | | Cual? | | REALIZADO EN: |
| CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL | | | | Bogotá D |
| CONFERENCIA - VIDEO-TALLER | | | | INTENSIDAD HORARIA |
| BOLETINES- FOLLETOS-CARTILLAS | | | | |
| GIMNASIA LABORAL(PAUSAS ACTIVAS) | | | | MATERIAL ENTREGADO |
| REUNIÓN | | | | |

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

TEMA: Que es el acoso laboral y sus tipos

REALIZADA POR: Cesar Fernandez CARGO O EMPRESA: CAP

RELACIÓN DE ASISTENCIA

| Nº | NOMBRES COMPLETOS | CARGO | DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Hendrick Valero | Ayudante | 1026805335 | |
| 2 | Erick Leonardo | Auxiliar | 1037989981 | |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 4 | Jaime Soto | Sold des | 78701543 | |
| 5 | Brandon de 61/63 | AUX | 1007[illegible] | |
| 6 | Steven Silva | AUX | 1140[illegible] | |
| 7 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 8 | [illegible] Chacon | Soldados | [illegible] | |
| 9 | Jeiri Perez | Soldado | 1003[illegible] | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

| | REGISTRO DE ASISTENCIA | CODIGO: RGT-OSSA-002 |
|---|---|---|
| | | FECHA: 13/01/2025 |
| | | VERSION: 01 |

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

| ACTIVIDAD | | TEMA | FECHA |
|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | Cuál? Manejo de heridas y quemaduras<br>como realizar inspección y mantenimiento de un Epcc. | DIA 9 MES 4 AÑO 2025 |
| REINDUCCIÓN | | | INTENSIDAD HORARIA: 1 hora. |
| CAPACITACIÓN | X | | PROYECTO: Colegio Bata |
| CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL | | | RESPONSABLE: Katherine Barreto |
| PAUSAS ACTIVAS | | | CARGO: Inspector SST |
| REUNIÓN | | | |
| OTRA ¿Cuál? | | | |
| | | | |

RELACIÓN DE ASISTENCIA

| Nº | NOMBRES COMPLETOS | CARGO | DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 2 | ALEJANDRO [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 3 | [illegible] | ayudante | 1047511435 | [illegible] |
| 4 | YIMER CANACHO HERNANDEZ. | COLADOR | 1033727293 | [illegible] |
| 5 | [illegible] | | 18410548 | [illegible] |
| 6 | Helmer Mauz | Pulidor | 79518373 | Helmer |
| 7 | ALEXANDER GARCIA | PULIDOR | 80150047 | ALEXANDER |
| 8 | [illegible] | Ayudante | 1072466802 | [illegible] |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

| | REGISTRO DE ASISTENCIA | CODIGO: RGT-OSSA-002 |
|---|---|---|
| | | FECHA: 13/01/2025 |
| | | VERSION: 01 |

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

| ACTIVIDAD | | TEMA | FECHA |
|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | Cuál? Que es acoso laboral y los tipos. | DIA 16 MES 04 AÑO 2025 |
| REINDUCCIÓN | | | INTENSIDAD HORARIA: 40 min |
| CAPACITACIÓN | X | | PROYECTO: Colegio Borla |
| CHARLA DE SEGURIDAD/PREOPERACIONAL | | | RESPONSABLE: Katherine Barreto |
| PAUSAS ACTIVAS | | | CARGO: Inspector SST |
| REUNIÓN | | | |
| OTRA ¿Cuál? | | | |
| | | | |

**RELACIÓN DE ASISTENCIA**

| Nº | NOMBRES COMPLETOS | CARGO | DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ULMER CAMACHO VELANDIA | cortador | 1033729293 | |
| 2 | Jhayron C. Odanay Nuñez | ayudante | 1047511435 | |
| 3 | Jose Isidro Arteaga | | 18410548 | |
| 4 | | | 7 [illegible] | |
| 5 | ALEJANDRO [illegible] | COF | 74780588 | |
| 6 | Helmer Mairs | Pulidor | 79518373 | |
| 7 | ALEXANDER GARCIA | pulidor | 80150047 | |
| 8 | [illegible] CIFUENTES | Ayudante | 1020466602 | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |

FIRMA DE QUIEN DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD

Powered by CamScanner

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

# REGISTRO DE INDUCCIONES

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03<br>Versión: 00<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| **FECHA DE INDUCCIÓN:** | 21-04-25 |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** | Yulianis Bueno Anaya |
| **CARGO** | Ayudante de obra **CEDULA** 1003063479 |

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | ✓ | |
| 1 | Contrato de trabajo. | ✓ | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | ✓ | |
| 3 | Manual de funciones. | ✓ | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Yulianis Bueno A.

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una linea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | ○ Gestión social<br>○ Licitaciones<br>○ Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | ○ Gestión de Recursos Humanos<br>○ Técnica<br>○ Compras |
| Procesos de apoyo | ○ Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
X. Operativos:

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

X. Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
b. Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas.
   b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   d. b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

    a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
    b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
    c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
    d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a.
    b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

    a. Un evento no planeado.
    b. Un evento planeado y premeditado
    c. Un incidente con consecuencias reales
    d. a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

    a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
    b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
    c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
    d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
    e. a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados
d. Usar y cuidar los EPP
e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

a. ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03<br>Versión: 00<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | • | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | • | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | • |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | • | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | • |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | • |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | • | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | • | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | • | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | • |

29
30

| Firma del evaluado: | Firma del evaluador: |
|---|---|
| Yulianis Guerra A. | |
| Nombre: Yulianis Guerra A. | Nombre: JHON ALMORA |
| Cargo: Ayudante de obra | Cargo: Inspector SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: **FRH.CN-03**<br>Versión: **00**<br>Fecha: **15/03/2022** |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE INDUCCIÓN:** 02-05-25. | | | |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** Luis Alfredo Chaudwc | | | |
| **CARGO** | OFICIAL | **CEDULA** | 1049827454 |

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | ✓ | |
| 1 | Contrato de trabajo. | ✓ | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | ✓ | |
| 3 | Manual de funciones. | ✓ | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | ○ Gestión social<br>○ Licitaciones<br>○ Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | ○ Gestión de Recursos Humanos<br>○ Técnica |
| Procesos de apoyo | ○ Compras<br>○ Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
X Operativos:

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

**a.** Seguridad Física y Calidad
**b.** Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
**d.** a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

X Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
**b.** Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
**c.** es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
**d.** Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas.
   b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   d. b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

   a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
   b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
   c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
   d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a.
   b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

   a. Un evento no planeado.
   b. Un evento planeado y premeditado
   c. Un incidente con consecuencias reales
   d. a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

   a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
   b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
   c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
   d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
   e. a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

a. ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: **FRH.CN-03**<br>Versión: **00**<br>Fecha: **15/03/2022** |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE INDUCCIÓN:** | 02-04-25 | | |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** | Wilson stiward Aragon Cordoba | | |
| **CARGO** | Ayudante de obra | **CEDULA** | 1026584054 |

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | | |
| 2 | Documentación. | | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | | |
| 4 | Normas de conducta interna. | | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | | |
| 6 | Programas de gestión. | | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | | |
| 10 | Manejo de residuos. | | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | | |
| 12 | Las 3R. | | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 3 | Manual de funciones. | | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Wilson Stiward

**FIRMA DEL EMPLEADO**

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | ✓ | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | ✓ | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo | | ✓ |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | ✓ | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | ✓ |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | ✓ | |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | ✓ | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | ✓ | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | ✓ | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | ✓ |

28
30

| Firma del evaluado: | Firma del evaluador: |
|---|---|
| Nombre: LUIS ALFREDO CHAVARRO | Nombre: JHON EDMOR C |
| Cargo: OFICIAL | Cargo: INSPECTOR SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: **FRH.CN-03**<br>Versión: **00**<br>Fecha: **15/03/2022** |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE INDUCCIÓN:** | 02-04-25 | | |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** | Wilson stiward Aragon Cordoba | | |
| **CARGO** | Ayudante de obra | **CEDULA** | 1026584054 |

**1. Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo. | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | | |
| 2 | Documentación. | | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | | |
| 4 | Normas de conducta interna. | | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | | |
| 6 | Programas de gestión. | | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | | |
| 10 | Manejo de residuos. | | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | | |
| 12 | Las 3R. | | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 3 | Manual de funciones. | | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Wilson stiward

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1 Nombre dos valores corporativos

•
•

2 Unir con una línea el proceso a que corresponda

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | ○ Gestión social<br>○ Licitaciones<br>○ Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | ○ Gestión de Recursos Humanos<br>○ Técnica |
| Procesos de apoyo | ○ Compras<br>○ Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3 Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a Administrativos.
X Operativos.

4 ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5 ¿Qué es un peligro?

6 ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

a. Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
X Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas
   b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   d. b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

    a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
    b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
    c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
    d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a.
    b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

    a. Un evento no planeado.
    b. Un evento planeado y premeditado
    c. Un incidente con consecuencias reales
    d. a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

    a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
    b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
    c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
    d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
    e. a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados
d. Usar y cuidar los EPP
X. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
X. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

X. ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
X. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | X | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | X | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | X |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | X | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | X |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | X |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | X | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | X | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | X | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | X |

18
+9

| Firma del evaluado: | Firma del evaluador: |
|---|---|
| Nombre: Jonny Cubillos | Nombre: JHON ZAMORA |
| Cargo: Instalador | Cargo: Inspector SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: **FRH.CN-03**<br>Versión **00**<br>Fecha **15/03/2022** |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE INDUCCIÓN:** | 3 de abril 2023 | | |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** | Dayra Silva cubillos | | |
| **CARGO** | instalador | **CEDULA** | 1030631436 |

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuación se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo.

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo. | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | ✓ | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | ✓ | |
| 3 | Manual de funciones. | ✓ | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | o Gestión social<br>o Licitaciones<br>o Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | o Gestión de Recursos Humanos<br>o Técnica |
| Procesos de apoyo | o Compras<br>o Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
X. Operativos:

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

**a.** Seguridad Física y Calidad
**b.** Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
**d.** a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

X. Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
**b.** Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
**c.** es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
**d.** Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas
   b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   d. b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

   a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
   b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
   c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
   d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a.
   b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

   a. Un evento no planeado.
   b. Un evento planeado y premeditado
   c. Un incidente con consecuencias reales
   d. a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

   a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
   b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
   c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
   d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
   e. a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad. Salud en el Trabajo y Ambiente?

    a. Reportar actos y condiciones inseguras
    b. Participar en las elecciones del COPASST
    c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados
    d. Usar y cuidar los EPP.
    e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

    a. Responder, repetir y respetar
    b. Recuperar, recomponer y reactivar
    c. Reducir, reutilizar y reciclar
    d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

    a. ARL AXXA COLPATRIA
    b. ARL BOLIVAR
    c. ARL SURA
    d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

    a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
    b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
    c. La responsabilidad es del Inspector SST.
    d. La culpa no es de nadie

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03<br>Versión: 00<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | ✓ | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | ✓ | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | F |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | ✓ | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | F |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | F |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | ✓ | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | ✓ | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | ✓ | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | F |

18/19

| Firma del evaluado: | Firma del evaluador: |
|---|---|
| Nombre: Brayan cubillos | Nombre: JHON Favora |
| Cargo: instalador | Cargo: Inspector SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03<br>Versión: 00<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE INDUCCIÓN: | 02-04-25 | | |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Wilson Stiward Arroyo Cordoba | CEDULA | 1026584054 |
| CARGO | Ayudante de obra | | |

1. **Bienvenida.**

EBISU S A S le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | ✓ | |
| 1 | Contrato de trabajo. | ✓ | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | ✓ | |
| 3 | Manual de funciones. | ✓ | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Wilson Stiward

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | ○ Gestión social<br>○ Licitaciones<br>○ Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | ○ Gestión de Recursos Humanos<br>○ Técnica<br>○ Compras |
| Procesos de apoyo | ○ Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
X Operativos:

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

**a.** Seguridad Física y Calidad
**b.** Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
**d.** a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

X Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
**b.** Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
**c.** es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
**d.** Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8 ¿Qué es un acto inseguro?

a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas
X Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9 ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

a. Al jefe de otras empresas
b. Al jefe inmediato
c. Al Inspector SST
X b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

X Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
b. Programa de riesgo Biomecánico.
c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
d. Programa de Gestión Ambiental
X Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

a.
b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

a. Un evento no planeado.
b. Un evento planeado y premeditado
c. Un incidente con consecuencias reales
X a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
X a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados
d. Usar y cuidar los EPP
X Todas las anteriores

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
X Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

X ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. *La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.*
X *La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.*
c. *La responsabilidad es del Inspector SST.*
d. *La culpa no es de nadie*

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | ✓ | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | ✓ | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | ✓ |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | ✓ | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | ✓ |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | ✓ |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | ✓ | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | ✓ | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | ✓ | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | ✓ |

28/30

| **Firma del evaluado:** | **Firma del evaluador:** |
|---|---|
| 1026584054 | |
| Nombre: Wilson Sneider Aragon Cardona | Nombre: JHON ZAMORA |
| Cargo: ayudante de obra | Cargo: Inspector SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03<br>Versión: 00<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE INDUCCIÓN: | 03 abril 2025 | | |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Teisson Eduardo Palacios | | |
| CARGO | Pintor | CEDULA | 1033738909 |

1. **Bienvenida.**

EBISU S A S le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuación se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo. | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | ✓ | |
| 1 | Contrato de trabajo. | ✓ | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | ✓ | |
| 3 | Manual de funciones. | ✓ | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Teisson Palacios

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | ○ Gestión social<br>○ Licitaciones<br>○ Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | ○ Gestión de Recursos Humanos<br>○ Técnica |
| Procesos de apoyo | ○ Compras<br>○ Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
b. Operativos:

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
c. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

a. Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
b. Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas
   b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   d. b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

    a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
    b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
    c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
    d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a.
    b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

    a. Un evento no planeado.
    b. Un evento planeado y premeditado
    c. Un incidente con consecuencias reales
    d. a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

    a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
    b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
    c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
    d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
    e. a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados
d. Usar y cuidar los EPP
e. Todas las anteriores

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

a. ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | X | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | X | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | X |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | X | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | X |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | X |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | X | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | X | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | X | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | X |

18
19

| Firma del evaluado: | Firma del evaluador: |
|---|---|
| Jeisson Palacios | |
| Nombre: Jeisson Eduardo Palacios | Nombre: Jhon Zamora |
| Cargo: Pintor | Cargo: Inspector sst |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03<br>Versión: 00<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

0554ARQ

FECHA DE INDUCCIÓN: 07-04-2025
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Cristian Alberto Castañeda Amaya CEDULA 1118 194 753
CARGO Oficial

1. **Bienvenida.**

EBISU S A S le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | / | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | ✓ | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | ✓ | |
| 3 | Manual de funciones. | / | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Cristian C

**FIRMA DEL EMPLEADO**

pierdas la calma !!!

| | |
|---|---|
| **REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN** | Código: **FRH.CN-03**<br>Versión: **00**<br>Fecha: **15/03/2022** |

**EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN**

es corporativos:

el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| ratégicos | ○ Gestión social |
| ionales | ○ Licitaciones<br>○ Publicidad y mercadeo<br>○ Gestión de Recursos Humanos |
| poyo | ○ Técnica<br>○ Compras<br>○ Gestión de calidad |

puestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

orarios establecidos de acuerdo al cargo

lunes a viernes - sabado ga 11:00a

SEQ?

dad
erimentar y quitar
nte y Calidad

piso mojado.

ue se caiga en el piso mojado.

ental generada por una persona que puede crear un

lo alguien no sigue el proto
a en el

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas.
   b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   d. b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

   a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
   b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
   c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
   d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a. hablar acerca de los accidentes de trabajo
   b. comunicar temas de seguridad industrial

13. ¿Un accidente de trabajo es?

   a. Un evento no planeado.
   b. Un evento planeado y premeditado
   c. Un incidente con consecuencias reales
   d. a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

   a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
   b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
   c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
   d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
   e. a y c son correctas.

EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03 Versión: 00 Fecha: 15/03/2022

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

a. ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03<br>Versión: 00<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

19. Conteste falso o verdadero según corresponda

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | ✓ | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | ✓ | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | X |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | ✓ | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | X |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | ✓ | |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | ✓ | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | ✓ | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | ✓ | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | X |

18/19

| Firma del evaluado: | Firma del evaluador: |
|---|---|
| Nombre: Cristian Alberto Castañeda A | Nombre: Angie Viana M |
| Cargo: Oficial | Cargo: Insp SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03<br>Versión: 00<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

EBISU

| | |
|---|---|
| **FECHA DE INDUCCIÓN:** | 22-4-25 |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** | Yasbit anelo Barcia Rivas. |
| **CARGO** | Auxiliar de obra. **CEDULA** PPT 4373794 |

**1. Bienvenida.**

EBISU S A S le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | ✓ | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | ✓ | |
| 3 | Manual de funciones. | ✓ | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | o Gestión social<br>o Licitaciones<br>o Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | o Gestión de Recursos Humanos<br>o Técnica |
| Procesos de apoyo | o Compras<br>o Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
X. Operativos: 7am a 5pm. Lunes a viernes Sabado 7am A 11:45am.

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
c. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

Trabajo en altura.

6. ¿Qué es un riesgo?

Caerme.

7. ¿Qué es una condición insegura?

a. Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
b. Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas
   b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   d. b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

   a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
   b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
   c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
   d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a. Investigación de accidente.
   b. Acompañamiento y actividades.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

   a. Un evento no planeado.
   b. Un evento planeado y premeditado
   c. Un incidente con consecuencias reales
   d. a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

   a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
   b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
   c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
   d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
   e. a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

a. ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | X | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | X | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | X |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | X | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | X |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | X |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | X | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | X | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | X | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | X |

19/19

| Firma del evaluado: | Firma del evaluador: |
|---|---|
| Nombre: Yasibit García | Nombre: Angie Lima |
| Cargo: Auxiliar de obra. | Cargo: Tsst SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03<br>Versión: 00<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

EBISU

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE INDUCCIÓN: | 22/05/2025 | | |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Leydi Johanna Pinzon | | |
| CARGO | Ayudante de obras | CEDULA | 1003172766 |

1. **Bienvenida.**

EBISU S A S le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | ✓ | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | ✓ | |
| 3 | Manual de funciones. | ✓ | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1 Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | o Gestión social<br>o Licitaciones<br>o Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | o Gestión de Recursos Humanos<br>o Técnica |
| Procesos de apoyo | o Compras<br>o Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
X Operativos: 7 am a 5: pm

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

a. Seguridad Física y Calidad
b. Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X. Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
d. a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

Caer en una altura.

6. ¿Qué es un riesgo?

7. ¿Qué es una condición insegura?

X Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
b. Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
c. es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
d. Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8 ¿Qué es un acto inseguro?

a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas.
b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9 ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

a. Al jefe de otras empresas
b. Al jefe inmediato
c. Al Inspector SST
d. b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
b. Programa de riesgo Biomecánico.
c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
d. Programa de Gestión Ambiental
e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

a. Investigación de accidente
b. Acompañamiento.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

a. Un evento no planeado.
b. Un evento planeado y premeditado
c. Un incidente con consecuencias reales
d. a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
e. a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
X Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
X Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

X ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
X La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | Y | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | Y | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | F |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | Y | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | F |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | F |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | Y | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | Y | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | Y | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | F |

10/10

| Firma del evaluado: | Firma del evaluador: |
|---|---|
| Nombre: Yoly Johanna Rincon | Nombre: Angel Lara |
| Cargo: Vigilar de casa | Cargo: Insp SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: **FRH.CN-03**<br>Versión: **00**<br>Fecha: **15/03/2022** |
|---|---|---|

Eurolift.

| | |
|---|---|
| **FECHA DE INDUCCIÓN:** 22-04-2025 | |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** Jose Miguel Rincon Nope | |
| **CARGO** Tecnico de instalacion | **CEDULA** 1024501330 |

**1. Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | ✓ | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | ✓ | |
| 3 | Manual de funciones. | ✓ | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Jose Miguel Rincon Nope

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | o Gestión social<br>o Licitaciones<br>o Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | o Gestión de Recursos Humanos<br>o Técnica |
| Procesos de apoyo | o Compras<br>o Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

   a. Administrativos:
   b. Operativos: 7:00 AM a 5:30 PM

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

   **a.** Seguridad Fisica y Calidad
   **b.** Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
   **X** Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
   **d.** a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

   un hueco

6. ¿Qué es un riesgo?

   Caerme en ese hueco

7. ¿Qué es una condición insegura?

   **X** Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
   **b.** Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
   **c.** es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
   **d.** Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas.
   X. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   X b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

   X Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
   b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
   c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
   d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a. brindar acompañamiento
   b. apoyar actividades

13. ¿Un accidente de trabajo es?

   a. Un evento no planeado.
   b. Un evento planeado y premeditado
   c. Un incidente con consecuencias reales
   X a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

   a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
   b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
   c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
   d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
   X a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
X Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
X Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

X ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
X La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | X | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | X | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | X |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | X | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | X |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | X |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | X | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | X | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | X | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | X |

10
10

| **Firma del evaluado:** | **Firma del evaluador:** |
|---|---|
| Nombre: Jose Miguel Rincon Nepe | Nombre: Andre Nuno M |
| Cargo: Tecnico de instalacion | Cargo: Insp SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: FRH.CN-03<br>Versión: 00<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

Eurolift.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE INDUCCIÓN:** | 22 Abril 2025 | | |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** | Christian Camilo Santos Montenegro | | |
| **CARGO** | Inspector SST | **CEDULA** | 1016 029 670 |

1. **Bienvenida.**

EBISU S.A.S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 3 | Manual de funciones. | | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1 Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | o Gestión social<br>o Licitaciones<br>o Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | o Gestión de Recursos Humanos<br>o Técnica |
| Procesos de apoyo | o Compras<br>o Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
X Operativos: 07:00 am – 05:00 p.m → Lunes a viernes

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

**a.** Seguridad Física y Calidad
**b.** Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
**d.** a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

Fuente que tiene el potencial de causar la lesión.
Ejemplo: Herramienta sin guarda.

6. ¿Qué es un riesgo?

Es la probabilidad de que interactuemos con el peligro, el nivel de exposición. Ejemplo: Trabajar con herramienta defectuosa.

7. ¿Qué es una condición insegura?

X Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
**b.** Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
**c.** es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
**d.** Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas.
   X b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   X b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

   X a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
   b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
   c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
   d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a. Vigilancia y control de la SST dentro de la organización.
   b. Divulgación de las actividades de SST dentro de la empresa.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

   a. Un evento no planeado.
   b. Un evento planeado y premeditado
   c. Un incidente con consecuencias reales
   X a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

   a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
   b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
   c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
   d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
   X a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

**a.** Reportar actos y condiciones inseguras
**b.** Participar en las elecciones del COPASST
**c.** Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
**d.** Usar y cuidar los EPP.
**e.** Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

**a.** Responder, repetir y respetar
**b.** Recuperar, recomponer y reactivar
**c.** Reducir, reutilizar y reciclar
**d.** Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

**a.** ARL AXXA COLPATRIA
**b.** ARL BOLIVAR
**c.** ARL SURA
**d.** Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

**a.** La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
**b.** La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
**c.** La responsabilidad es del Inspector SST.
**d.** La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | X | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | X | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | X |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | X | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | X |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | X |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | X | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | X | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | X | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | X |

10/10

| Firma del evaluado: | Firma del evaluador: |
|---|---|
| Nombre: Christian C. Santos N | Nombre: Angie Parra M |
| Cargo: Inspector SST | Cargo: Insp SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: **FRH.CN-03**<br>Versión: **00**<br>Fecha: **15/03/2022** |
|---|---|---|

OSSA.

**FECHA DE INDUCCIÓN:** 22/04/25
**NOMBRE DEL TRABAJADOR:** Esnaider Andres Murillo C.
**CARGO** Oficial **CEDULA** 1068418454

1. **Bienvenida.**

EBISU S A S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Politicas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | / | |
| 2 | Documentación. | / | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | / | |
| 4 | Normas de conducta interna. | / | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | / | |
| 6 | Programas de gestión. | / | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | / | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | / | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | / | |
| 10 | Manejo de residuos. | / | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | / | |
| 12 | Las 3R. | / | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | / | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 3 | Manual de funciones. | | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | o Gestión social<br>o Licitaciones<br>o Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | o Gestión de Recursos Humanos<br>o Técnica |
| Procesos de apoyo | o Compras<br>o Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

   a. Administrativos:
   b. Operativos: 7:00am - 5:00pm

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

   **a.** Seguridad Física y Calidad
   **b.** Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
   **X** Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
   **d.** a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

Trabajo en alturas

6. ¿Qué es un riesgo?

Cuerme

7. ¿Qué es una condición insegura?

   **X** Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
   **b.** Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
   **c.** es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
   **d.** Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas.
   X Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   X b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

   X Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
   b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
   c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
   d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

   a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
   b. Programa de riesgo Biomecánico.
   c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
   d. Programa de Gestión Ambiental
   X Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

   a. investigacion de accidentes
   b. Acompañamientos

13. ¿Un accidente de trabajo es?

   a. Un evento no planeado.
   b. Un evento planeado y premeditado
   c. Un incidente con consecuencias reales
   X a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

   a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
   b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
   c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
   d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
   X a y c son correctas.

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: **FRH.CN-03**<br>Versión: **00**<br>Fecha: **15/03/2022** |
|---|---|---|

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

**a.** Reportar actos y condiciones inseguras
**b.** Participar en las elecciones del COPASST
**c.** Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
**d.** Usar y cuidar los EPP.
**X** Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

**a.** Responder, repetir y respetar
**b.** Recuperar, recomponer y reactivar
**X** Reducir, reutilizar y reciclar
**d.** Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

**X** ARL AXXA COLPATRIA
**b.** ARL BOLIVAR
**c.** ARL SURA
**d.** Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

**a.** La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
**X** La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
**c.** La responsabilidad es del Inspector SST.
**d.** La culpa no es de nadie

19 Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | X | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | X | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | X |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | X | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | X |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | X |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | X | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | X | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | X | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | X |

| **Firma del evaluado:** | **Firma del evaluador:** |
|---|---|
| Nombre: Esnaider Murillo | Nombre: Angie Lara M. |
| Cargo: Oficial | Cargo: Insp SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: **FRH.CN-03**<br>Versión: **00**<br>Fecha: **15/03/2022** |
|---|---|---|

OSSA.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE INDUCCIÓN:** | 22 / 04 / 2025 | | |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** | JHON JADER MURILLO VILORIA | | |
| **CARGO** | Oficial | **CEDULA** | 1067862923 |

1. **Bienvenida.**

EBISU S A S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 3 | Manual de funciones. | | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1. Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | ○ Gestión social<br>○ Licitaciones<br>○ Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | ○ Gestión de Recursos Humanos<br>○ Técnica |
| Procesos de apoyo | ○ Compras<br>○ Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
b. Operativos: 7:am. 5. PM

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

**a.** Seguridad Física y Calidad
**b.** Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
**X** Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
**d.** a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

TRAbajos en alturas

6. ¿Qué es un riesgo?

Caarme

7. ¿Qué es una condición insegura?

**X** Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
**b.** Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
**c.** es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
**d.** Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas.
X Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

a. Al jefe de otras empresas
b. Al jefe inmediato
c. Al Inspector SST
X b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

X Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
b. Programa de riesgo Biomecánico.
c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
d. Programa de Gestión Ambiental
X Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

a. investigacion de accidentes
b. acompañamiento

13. ¿Un accidente de trabajo es?

a. Un evento no planeado.
b. Un evento planeado y premeditado
c. Un incidente con consecuencias reales
X a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
X a y c son correctas.

15 ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
X Todas las anteriores.

16 Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
X Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

X ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
X La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | X | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | X | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | X |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | X | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | X |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | X |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | X | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | X | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | X | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | X |

19
19

| Firma del evaluado: | Firma del evaluador: |
|---|---|
| Nombre: JHON MURILLO | Nombre: Angie Lana M. |
| Cargo: OFICIAL | Cargo: Insp SST |

| EBISU | REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Código: **FRH.CN-03**<br>Versión: **00**<br>Fecha: **15/03/2022** |
|---|---|---|

Enrolff

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE INDUCCIÓN:** 24/04/2025 | | | |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** Elina Sucesa Hernandez | | | |
| **CARGO** | Auxiliar | **CEDULA** | 1062987693 |

1. **Bienvenida.**

EBISU S A S. le da la bienvenida como nuevo empleado y desea el mejor desempeño en el puesto de trabajo. A continuacion se difunde la información de la empresa con el objeto de ser parte del cumplimiento de metas y mejoramiento continuo:

| Item | Documentos | Si | No |
|---|---|---|---|
| | **FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL** | | |
| 1 | Misión. | | |
| 2 | Visión. | | |
| 3 | Valores corporativos. | | |
| 4 | Objetivos a alcanzar. | | |
| | **INFORMACIÓN GENERAL** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | | |
| 2 | Manual de funciones del cargo | | |
| 3 | Reglamento interno de trabajo. | | |
| 4 | Organigrama. | | |
| 5 | Políticas. | | |
| 6 | Nuestros proyectos públicos, privados o licitaciones. | | |
| 7 | MISIÓN ALFA. | | |
| | **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** | | |
| 1 | Mapa de procesos. | ✓ | |
| 2 | Documentación. | ✓ | |
| 3 | Políticas de seguridad y salud en el trabajo. | ✓ | |
| 4 | Normas de conducta interna. | ✓ | |
| 5 | Identificación de los riesgos a los que está expuesto el cargo. | ✓ | |
| 6 | Programas de gestión. | ✓ | |
| 7 | Prevención de accidentes de trabajo. | ✓ | |
| 8 | Reglamento de higiene y seguridad industrial. | ✓ | |
| 9 | Obligaciones y responsabilidades del trabajador en Salud en el Trabajo. | ✓ | |
| 10 | Manejo de residuos. | ✓ | |
| 11 | Uso eficiente de la energía. | ✓ | |
| 12 | Las 3R. | ✓ | |
| 13 | Uso eficiente del agua. | ✓ | |
| | **ENTREGABLE** | | |
| 1 | Contrato de trabajo. | ✓ | |
| 2 | Reglamento interno de trabajo. | ✓ | |
| 3 | Manual de funciones. | ✓ | |

En pleno uso de mis derechos y sin que medie presión alguna, con mi firma en este documento manifiesto que he recibido la (re)inducción, y he entiendo en su totalidad el contenido. Me comprometo a cumplir lo allí estipulado y velar porque mi equipo de trabajo así lo haga o de lo contrario, informar de manera oportuna a mi jefe inmediato. El grave incumplimiento de las políticas, procedimientos, instructivos, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica que consten por escrito, puede acarrear la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Elina Sucesa

**FIRMA DEL EMPLEADO**

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

1 Nombre dos valores corporativos:

•
•

2. Unir con una línea el proceso a que corresponda:

| | |
|---|---|
| Procesos estratégicos | ○ Gestión social<br>○ Licitaciones<br>○ Publicidad y mercadeo |
| Procesos misionales | ○ Gestión de Recursos Humanos<br>○ Técnica |
| Procesos de apoyo | ○ Compras<br>○ Gestión de calidad |

Marque con una (X) las respuestas que considere correctas a las siguientes preguntas:

3. Nombre cuales son los horarios establecidos de acuerdo al cargo

a. Administrativos:
X Operativos: 7as lunes viernes 7a 11 sabado.

4. ¿Qué significa las siglas HSEQ?

**a.** Seguridad Física y Calidad
**b.** Hacer, Secuenciar, experimentar y quitar
X **c.** Salud, Seguridad, ambiente y Calidad
**d.** a y b son correctas

5. ¿Qué es un peligro?

una cascara de platano

6. ¿Qué es un riesgo?

caerse con la cascara

7. ¿Qué es una condición insegura?

X **a.** Una característica física o ambiental generada por una persona que puede crear un accidente.
**b.** Una condición insegura es cuando alguien no sigue el protocolo de seguridad.
**c.** es cualquier accidente que ocurra en el lugar de trabajo.
**d.** Es cuando las personas no usan los equipos de protección personal (EPP).

8. ¿Qué es un acto inseguro?

   a. Un acto inseguro es cuando el lugar de trabajo no tiene las medidas de seguridad adecuadas
   b. Todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura, incidente o accidente
   c. Es cuando una máquina no funciona correctamente.
   d. Es cuando un supervisor no está presente para supervisar a los trabajadores

9. ¿A quién se le debe reportar un accidente de trabajo?

   a. Al jefe de otras empresas
   b. Al jefe inmediato
   c. Al Inspector SST
   d. b y c son correctas

10. ¿Qué es una enfermedad laboral?

    a. Una enfermedad laboral es aquella que se contrae como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral
    b. Una enfermedad laboral es cualquier enfermedad que se haga presente en el trabajo.
    c. Es una enfermedad que se transmite entre los compañeros de trabajo
    d. Una enfermedad laboral es un resfriado o gripe que se padece mientras se trabaja.

11. ¿Cuáles son los programas de gestión?

    a. Programa de Trabajo Seguro en Alturas.
    b. Programa de riesgo Biomecánico.
    c. Programa de Prevención y Control de Problemas Visuales
    d. Programa de Gestión Ambiental
    e. Todos los anteriores

12. Nombra 2 objetivos del COPASST

    a. N/A
    b.

13. ¿Un accidente de trabajo es?

    a. Un evento no planeado.
    b. Un evento planeado y premeditado
    c. Un incidente con consecuencias reales
    d. a y c Son correctos

14. ¿Cuáles son las políticas de la empresa?

    a. Política integral de calidad, salud en el trabajo, seguridad, ambiente y responsabilidad social.
    b. Política de comunidades y responsabilidad social empresarial
    c. Política de no alcohol, tabaquismo y drogas
    d. Política de seguridad Vial y levantamiento mecánico de cargas
    e. a y c son correctas.

15. ¿Cuáles son sus funciones frente al sistema de seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente?

a. Reportar actos y condiciones inseguras
b. Participar en las elecciones del COPASST
c. Reportar al jefe inmediato los incidentes con y sin lesión presentados.
d. Usar y cuidar los EPP.
e. Todas las anteriores.

16. Cuando hablamos de las 3 R, en gestión ambiental nos referimos a:

a. Responder, repetir y respetar
b. Recuperar, recomponer y reactivar
c. Reducir, reutilizar y reciclar
d. Ninguna de las anteriores.

17. A cuál ARL (Administradora de Riesgos Laborales) se encuentra afiliado:

a. ARL AXXA COLPATRIA
b. ARL BOLIVAR
c. ARL SURA
d. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Quién es el responsable ante un accidente de trabajo grave o mortal?

a. La responsabilidad la tiene el trabajador accidentado.
b. La responsabilidad es compartida y solidaria, es asumida directamente por el causante del accidente mortal, llámese gerente, jefe inmediato, compañero de trabajo o supervisor, quienes pueden ser privados de su libertad como consecuencia de un proceso penal por homicidio.
c. La responsabilidad es del Inspector SST.
d. La culpa no es de nadie

19. Conteste falso o verdadero según corresponda.

| PREGUNTAS | V | F |
|---|---|---|
| • Esta dentro de sus obligaciones el uso de elementos de protección personal asignados por la empresa. | X | |
| • El trabajador debe cumplir con las normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. | X | |
| • Cuando el trabajador se accidente jugando un partido de fútbol a la hora del almuerzo es incidente con lesión de trabajo. | | X |
| • Es incidente de trabajo el que ocurre durante la jornada laboral y bajo órdenes directas del jefe. | X | |
| • Son prácticas permitidas llegar en estado de embriaguez y/o fumar en áreas de oficinas y operativas. | | X |
| • NO usar los elementos de protección personal es un acto seguro. | | X |
| • La iluminación DEFICIENTE es una condición insegura. | X | |
| • Disponer los residuos en el lugar apropiado es una buena práctica ambiental. | X | |
| • Portar los pagos de seguridad de seguridad social y notificar todo incidente es un requisito HSEQ | X | |
| • Pelar, insultar, calumniar a los compañeros de trabajo es un acto de compromiso con la empresa. | | ✓ |

19
19

| **Firma del evaluado:** | **Firma del evaluador:** |
|---|---|
| Nombre: Elian Garcés | Nombre: Angie Lora |
| Cargo: Auxiliar de Instalación | Cargo: Insp SST |

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

# REGISTRO DE ATS PREOPERACIONALES PERMISOS SST - EBISU SAS

| EBISU | PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE | Codigo: FST.PM-01<br>Versión:01<br>Fecha: 16/03/2022 |
|---|---|---|

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones electricas

Lugar: Colegio Boita - Torre A y B

Duración estimada: 19 a 16-09-25

Número de personas en el trabajo: 6 personas

Altura aproximada: N/A

## INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | N° CÉDULA | EPS | | ARL | | CONSTACIA CAPACITACIÓN | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | No | SI | No | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Christian Osorio | 1063164892 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 2 | Rafael Mendoza R. | 1122349977 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 3 | Andres Alzate | 1216972666 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 4 | SEBASTIAN E | 1069858963 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | SEBASTIAN E |
| 5 | Mayra Alzate | 1140612C1 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 6 | Yeun Diaz | 1010840357 | ✓ | | ✓ | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

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

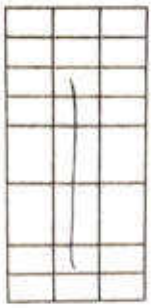
| **El equipo ha sido aislado con:** | | | |
|---|---|---|---|
| Bridas ciegas | | | |
| Cierre de válvulas | | | |

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

| **Pruebas Requeridas:** | SI | NO |
|---|---|---|
| **Prueba de Gases** | | ✓ |

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

Otras precauciones Cuales? _____



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

**Fecha:**
**Hora:**
**Método de Prueba**

**Tipo de Gas**
**Nivel de Concentración**

**Responsable:**

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 11-09-25 | 7:00am | 16-01-25 | 5:00pm |
| | | | |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## FIRMAS

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

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

## EQUIPOS A UTILIZAR

- Pulidora
- Tronzadora
- Cepeto.

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

| EBISU | PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE | Codigo: FST.PM-01<br>Versión:01<br>Fecha: 16/03/2022 |
|---|---|---|

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remates en obra

Lugar: Colegio Boito - Torre A y B

Duración estimada: 11 a 16/04/25

Número de personas en el trabajo: 7 personas

Altura aproximada: N/A

## INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS | | ARL | | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | No | SI | No | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Luis Araque | 1032513034 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | Luis Araque |
| 2 | Cindy Arcos | 925573 55 | | | ✓ | | | | | |
| 3 | Mauricio Ortiz | 79.879.717 | | | | | | | | |
| 4 | Yeison | 1.032142198 41 | | | | | | | | Yeison |
| 5 | Cristian Cano | 1.118 199 753 | | | | | | | | Cristian Cano |
| 6 | Jair D Reno | 1003045086 | | | | | | | | |
| 7 | Dennis Mendoza | 1097775 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V. verificación
El área de trabajo necesita y/o se ha verificado

| | Necesidad SI | Necesidad No | V. |
|---|---|---|---|
| Demarcación provisional | | Y | |
| Señales de peligro adicionales | | Y | |
| Cerrar la vias | | Y | |
| Iluminación adicional | | Y | |
| Superficies secas, seguras, no resbalosas | ✓ | | |
| Extintores adicionales | | Y | |
| **El equipo ha sido:** | | | |
| Despresurizado | | | |
| Limpiado con vapor | | | |
| Ventilado | | | |
| Drenado | | | |
| Lavado con agua a presión | | | |
| Limpiado con aire a presión | | | |

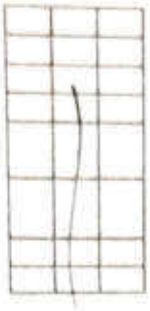
| **El equipo ha sido aislado con:** | | | |
|---|---|---|---|
| Bridas ciegas | | | |
| Cierre de válvulas | | ✓ | |

**El personal requiere:**

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

| **Pruebas Requeridas:** | SI | NO |
|---|---|---|
| **Prueba de Gases** | | X |

...iquetado
...ual? _____
...al
...a en busca de material combustibles
Alcantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos
Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa
Disponible mamparas/pantallas protectoras
Hay explosimetro, calibrado y buen estado



Otras precauciones. Cuales? _____

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

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

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 15-04-25 | 9:00a | 16-04-25 | 5:00pm |
| | | | |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## FIRMAS

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

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

## EQUIPOS A UTILIZAR

- Polidora
- Llana
- Valde
- Espatula

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

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

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de varillas para fundida

Lugar: Torre A y B

Duración estimada: 14 al 16/04/25

Número de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: N/A

## INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS | | ARL | | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | No | SI | No | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Alexander | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | ✓ |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V: verificación

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

| | |
|---|---|
| **El equipo ha sido aislado con:** | |
| Bridas ciegas | |
| Cierre de válvulas | |

**El personal requiere:**

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

| **Pruebas Requeridas:** | SI | NO |
|---|---|---|
| **Prueba de Gases** | | ✓ |

...juelado

...a?

...en busca de material combustibles

...cantarillas/fosos cercanos libres de hidrocarburos

Alcantarillas/fosos cercanos protegidos contra chispa

Disponible mamparas/pantallas protectoras

Hay explosimetro, calibrado y buen estado

Otras precauciones Cuales?



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

**Fecha:**

**Hora:**

**Método de Prueba**

**Tipo de Gas**

**Nivel de Concentración**

**Responsable:**

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 14-04-25 | 7:00 am | 16-04-25 | 5:00 pm |
| | | | |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## FIRMAS

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

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

## EQUIPOS A UTILIZAR

- pulidora y cizalla
- Troqadora

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

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

**Observaciones**

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

## INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remates de obra

Lugar: Conjto Bote - Torre A y B

Duración estimada: 21 al 26/04/23

Número de personas en el trabajo: 3 personas

Altura aproximada: N/A

## INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS | | ARL | | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | No | SI | No | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Edwar Caballero | 79.854.719 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 2 | | 1.073.247.237 | | | | | | | | |
| 3 | Cristian Castaño | 1.118.199.952 | | | | | | | | Cristian Ca |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

V. verificación

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

**El personal requiere:**

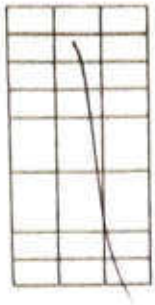
| | Necesidad SI | Necesidad No | V. |
|---|---|---|---|
| Casco de seguridad | ✓ | | |
| Caretas | | ✓ | |
| Gafas / casco para soldar | ✓ | | |
| Filtro contra gases | | ✓ | |
| Filtro contra polvos/humos de soldadura | ✓ | | |
| Peto | | ✓ | |
| Protección auditiva | ✓ | | |
| Cinturón de seguridad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

**Pruebas Requeridas:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **Prueba de Gases** | | ✓ |

y etiquetado
Cual? _____

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



Otras precauciones Cuales? _____

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

**Fecha:**
**Hora**
**Método de Prueba**

**Tipo de Gas**
**Nivel de Concentración**

**Responsable:** _____

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 21-01-23 | 7:00am | 26-01-23 | 12:00pm |
| | | | |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## FIRMAS

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

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

## EQUIPOS A UTILIZAR

- pulidora
- Taladro
- Taparoidos de inserción
- gafas de seguridad
- Tapabocas

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

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

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Remates en obra

Lugar: Colegio Bote - Torre A y B

Duración estimada: 21 al 26 - 04 - 25

Numero de personas en el trabajo: 4 personas

Altura aproximada: N/A

## INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS | | ARL | | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | No | SI | No | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | LUIS DRAQUE | 1032513039 | / | | / | | / | | | LUIS DRAQUE |
| 2 | Jose Mendoza | 1097775 | / | | / | | / | | | |
| 3 | JOSE D Sevilla | 1030450836 | / | | / | | / | | | |
| 4 | [illegible] | 1049629003 | / | | / | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

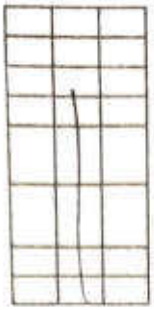
| V: verificación<br>El área de trabajo necesita y/o se ha verificado | Necesidad SI | Necesidad No | V. |
|---|---|---|---|
| Demarcación provisional | | X | |
| Señales de peligro adicionales | | X | |
| Cerrar la vías | | X | |
| Iluminación adicional | | X | |
| Superficies secas, seguras, no resbalosas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

| **El equipo ha sido aislado con:** | | | |
|---|---|---|---|
| Bridas ciegas | | / | |
| Cierre de válvulas | | / | |

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

| **Pruebas Requeridas:** | SI | NO |
|---|---|---|
| **Prueba de Gases** | | X |

y etiquetado
Cual? _____
visar
ea en busca de material combustibles
cantarillas/fosos cercanos libres de
drocarburos
cantarillas/fosos cercanos protegidos
ntra chispa
sponible mamparas/pantallas protectoras
ay explosimetro calibrado y buen estado



Otras precauciones. Cuales? _____

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

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

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 21-04-25 | 7:00 a.m | 26-04-25 | 12:00 p.m |
| | | | |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## FIRMAS

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

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

## EQUIPOS A UTILIZAR

- Pulidora.
- Careta de seguridad
- Tapaoidos

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

| EBISU | PERMISO DE TRABAJOS EN CALIENTE | Codigo: FST.PM-01<br>Versión:01<br>Fecha: 16/03/2022 |
|---|---|---|

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Corte de tubería hidrosanitaria

Lugar: Cabyo Boite - Torre A y B

Duración estimada: 21/01/26 / 04/25

Número de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: N/A.

## INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | N° CÉDULA | EPS | | ARL | | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | No | SI | No | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Diego Tovar | 1102824941 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | Diego Tovar |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

EM

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

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

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

| **Pruebas Requeridas:** | SI | NO |
|---|---|---|
| **Prueba de Gases** | | ✓ |

...do y etiquetado
...os Cual? _____

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

Otras precauciones Cuales? _____



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

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

**Responsable:** _____

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 21-04-25 | 7:00am | 26-04-25 | 12:00pm |
| | | | |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## FIRMAS

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

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

## EQUIPOS A UTILIZAR

- Taladro
- Pulidora.
- gafas de seguridad.

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

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

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalaciones electricas

Lugar: Colegio Bello - Torre 1 y 3

Duración estimada: 21 al 26/04/25

Número de personas en el trabajo: 6 personas

Altura aproximada: N/A

## INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | N° CÉDULA | EPS | | ARL | | CONSTACIA CAPACITACIÓN | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | No | SI | No | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Rafael Lucas R | 1122344977 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 2 | Sebastian Espinosa | 1007855063 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 3 | Marvin Olaya | 5794461284 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 4 | Andres Felipe | 1216547788 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 5 | Elkin Oro | 1065746092 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 6 | Yeyin Diaz | 1102468857 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 7 | Julian Bricaño | 1037467146 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

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

| | Necesidad SI | Necesidad No | V. |
|---|---|---|---|
| **El equipo ha sido aislado con:** | | | |
| Bridas ciegas | | | |
| Cierre de válvulas | | | |

**El personal requiere:**

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

**Pruebas Requeridas:**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **Prueba de Gases** | | ✓ |

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

Otras precauciones. Cuales? _____

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

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

**Responsable:**

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 21-04-25 | 7:00am | 26-04-25 | 12:00pm |
| | | | |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## FIRMAS

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

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

## EQUIPOS A UTILIZAR

- Taladro
- pulidora
- gafas de seguridad
- Tapaoidos de insercion

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Otras. Cuales? _____

**Observaciones**

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: FST.IN-07
VERSION: 03
FECHA: 19/12/2023

**Proyecto:** Boito **Ubicación:** Torre D **Equipo No.** #16

**SEMANA DEL:** 21 **AL** 26 **DE** Abril **DE** 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Eliezer Osorio | 1063164092 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON FAMOLO | 1.733.691.750 | |

**SEMANA DEL:** ___ **AL** ___ **DE** **DE** 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

| EBISU | PREOPERACIONAL PULIDORA | CODIGO: FST 05-07<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

**Proyecto:** Boita **Ubicación:** Tarea **Equipo No.** # 15

**SEMANA DEL:** 31 **AL** 05 **DE** Abril **DE 2025**

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Julian David Briceño Patiño | 1032467146 | Julian D. Briceño P. |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ZAMORA | 1.233.691.250 | |

**SEMANA DEL:** ___ **AL** ___ **DE** **DE 2025**

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

| EBISU | PREOPERACIONAL PULIDORA | CÓDIGO: FST-PL-07<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: 19/12/2021 |
|---|---|---|

Proyecto: Boila | Ubicación: TOLEA | Equipo No. #10

SEMANA DEL: 31 AL 05 DE Abril DE 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Yovin Olaya | 87946129 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON BUMBIO | 1033.691.750 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

| EBISU | PREOPERACIONAL PULIDORA | CODIGO: PDT-SIG-07<br>VERSION: 01<br>FECHA: 13/12/2021 |
|---|---|---|

| Proyecto: Boita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #14 |
|---|---|---|

SEMANA DEL: 31 AL 06 DE Abril DE 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| luis Alejandro Araque | 1032513039 | luis Araque |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON Ramos | 1.233.691.750 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: FET-PA-07
VERSION: 05
FECHA: 19/12/2023

| Proyecto: Bolita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #13 |
|---|---|---|

SEMANA DEL: 31 AL 06 DE Abril DE 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| WILIAN YAGUE | 1.072.037.991 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON EAMOIA | 1.233.691.206 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

Equipo No. #12

Proyecto: Boita

Ubicación: Tolea

SEMANA DEL: 31 AL 05 DE Abril DE 2025

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Sebastian Castro | CEDULA: 1002530457 | FIRMA DEL TRABAJADOR |
| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON EUMOIA | CEDULA: 1.233.695.000 | FIRMA DEL INSPECTOR SST |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE ___ DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☐

Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____ NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

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

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

**SEMANA DEL:** 31 **AL** 05 **DE** Abril **DE** 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Mauricio Contreras L | 79.815.719 | [signature] |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Jhon Zamora | 1.233.691.250 | [signature] |

**SEMANA DEL:** ___ **AL** ___ **DE** **DE** 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | |
|---|---|---|
| Proyecto: Boita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #2 |
| SEMANA DEL: 31 AL 06 DE Abril DE 2025 | | |

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| DANNY ALVAREZ | DANNY ALVAREZ | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ESPINOZA | 1.233.691.288 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Baita | Ubicación: Torre P | Equipo No. #5

SEMANA DEL 31 AL 05 DE Abril DE 2025

| ITEM | LUN. B | LUN. M | MAR. B | MAR. M | MIER. B | MIER. M | JUEV. B | JUEV. M | VIER. B | VIER. M | SAB. B | SAB. M | DOM. B | DOM. M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Placa No | MODELO: | | | | | | | | MARCA: Dewalt | | | | | |
| Llave de clavija | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Interruptor del encendido | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado cable guía | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado disco de corte | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Conexiones eléctricas en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango y manija de sujeción | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado de la tuerca del apriete del disco | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado general del equipo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Uso del extintor | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| JAVIER YESID CARDOZO | 80.109.952 | [signature] |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ZUMORA | 1.233.691.090 | [signature] |

ANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

CÓDIGO: EST-PL-07
VERSIÓN: 01
FECHA: 19/12/2023

Proyecto: Bolta | Ubicación: TOMEA | Equipo No. #4

SEMANA DEL: 31 AL 05 DE Abril DE 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Dinno Morales | 1097775 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ESPINOZA | 1.233.691.250 | |

FECHA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____ NOMBRE/APELLIDOS

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Boita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #6

SEMANA DEL: 31 AL 05 DE Abril DE 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| [illegible] | 1003656443 | |

| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |
|---|---|---|
| JADO FUMOLA | 1.233.691.250 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

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

SEMANA DEL: 31 AL 06 DE Marzo DE 2025

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

| | | |
|---|---|---|
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | |
| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Alexander Lopez | CEDULA: 1356324[illegible] | FIRMA DEL TRABAJADOR |
| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: JHON Alexander | CEDULA: 1.233.691.250 | FIRMA DEL INSPECTOR SST |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PST-IN-07
VERSION: 03
FECHA: 15/12/2021

Proyecto: Boita | Ubicación: TORRE A | Equipo No. #7

SEMANA DEL 31 AL 06 DE Abril DE 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Uriel Olivillo | 1101879720 | Uriel |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON EDMOICA | 1.233.691.750 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | |
|---|---|---|
| Proyecto: Boita | Ubicación: Torre D | Equipo No. #3 |

SEMANA DEL: 31 AL 06 DE Mayo DE 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Frank Acevedo F. | 7001045259 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON FONSECA | 1-703.691.750 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: BOHIO | Ubicación: TOLIMA | Equipo No. #8

SEMANA DEL: 31 AL 05 DE ABRIL DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Kevin Sebastian Diaz R. | 1010841035 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ECHEVERRA | 1.233.691.200 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | |
|---|---|---|
| Proyecto: Boita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #17 |

SEMANA DEL: 31 AL 06 DE Abril DE 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| VICTOR SEBASTIAN ESCOBAR | 1069758963 | SEBASTIAN ESCOBAR ZAPATA |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ESPINOZA | 1.233.691.700 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

| EBISU | PREOPERACIONAL PULIDORA | CODIGO: HST-IN-07<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2023 |
|---|---|---|

| Proyecto: Boita | Ubicación: Torre A | Equipo No. #07 |
|---|---|---|

SEMANA DEL: 31 AL 05 DE MARZO DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Gredy Abad | 92551337 | GO |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ECAMORA | 1.233.691.256 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

**PREOPERACIONAL PULIDORA**

CODIGO: FRT.SS-02
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

Proyecto: proyecto torta | Ubicación: Torre A | Equipo No. #10

SEMANA DEL 31 AL 05 DE Abril DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Andres Felipe R | 1169216666 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON Zamora | 1.053.691.250 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

| EBISU | PREOPERACIONAL PULIDORA | CODIGO: REF.IN-07<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

| Proyecto: Boito | Ubicación: Torre A | Equipo No. #9 |
|---|---|---|

SEMANA DEL 31 AL 05 DE Abril DE 2025

| ITEM | LUN. B | LUN. M | MAR. B | MAR. M | MIER. B | MIER. M | JUEV. B | JUEV. M | VIER. B | VIER. M | SAB. B | SAB. M | DOM. B | DOM. M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pulidora No | MODELO: | | | | | | | | MARCA: M09-14 | | | | | |
| Estado de clavija | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Interruptor del encendido | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado copa grata | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado disco de corte | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Conexiones electricas en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango y manija de sujeccion | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado de la tuerca del apriete del disco | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado general del equipo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Uso del extintor | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| JHON Zamora | 1.753.691.756 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| EDILBERTO BRAVO | CC 80367367 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

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

Proyecto: Boita | Ubicación: Torre 4 | Equipo No. #8

SEMANA DEL: 31 AL 05 DE Abril DE 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| José D Servio | 1003005086 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| [illegible] Jhon Fuentes | 1-733-691-050 | |

RIA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Brito | Ubicación: Torre A | Equipo No. #11

SEMANA DEL 31 AL 05 DE Abril DE 2025

| ITEM | LUN. B | LUN. M | MAR. B | MAR. M | MIER. B | MIER. M | JUEV. B | JUEV. M | VIER. B | VIER. M | SAB. B | SAB. M | DOM. B | DOM. M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pulidora No. | MODELO: | | | | | | | | MARCA: | | | | | |
| Kit de cuñas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Interruptor de encendido | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado cuna guía | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado disco de corte | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Conexiones eléctricas en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Manget + manija de sujeccion | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado de la tuerca del apriete del disco | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado general del equipo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Uso de extintor | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Erick Fernando K. | 1127394977 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ZAMORA | 1233.691.750 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** _____

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | |
|---|---|---|
| **Proyecto:** Colegio Bayle | **Ubicación:** Torre A y B | **Equipo No.** #1 |

**SEMANA DEL:** 14 **AL** 18 **DE** 04 **DE** 2025

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

| | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR** Alexander J. | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** Angie Parra M | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |

**SEMANA DEL:** 14 **AL** 18 **DE** 04 **DE** 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: FST-PR-09
VERSION: 01
FECHA: 13/12/2021

Proyecto: Colegio Bolita | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. #2

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| David Santiago Torres | 1000128491 | Santiago Torres |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Hugo Parra | | |

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

- PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

**Fuera de servicio: si** ☐ **no** ☒

**Fecha de Corrección:**

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Soto | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. #3

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| VICTOR SEBASTIAN ESCOBAR | 1069858963 | SEBASTIAN ESCOBAR 2 |
| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |
| Angie Parra M | | |

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

P
* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Proyecto: | Colegio Bosa | Ubicación: | Torre A y B | Equipo No. | #1 |

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Marvin Olaya | 87946129 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angel Parra | | |

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

CÓDIGO: FOT-PO-07
VERSIÓN: 05
FECHA: 19/12/2023

Proyecto: Bloque Boito | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. #5

SEMANA DEL 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Kevin Sebastian Diaz Reyes | 1010840357 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Parra | | |

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | |
|---|---|---|
| Proyecto: Colegio Boita | Ubicación: Tame A y B | Equipo No. # 6 |

SEMANA DEL 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO **TRABAJADOR**: Rafael Ricardo R. | CEDULA: 1127394427 | FIRMA DEL TRABAJADOR |
| NOMBRE COMPLETO DEL **INSPECTOR SST**: Angie Parra | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

**Fuera de servicio: si** ☐ **no** ☒

**Fecha de Corrección:**

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proyecto: Lagos Reale | Ubicación: Torre A y 3 | Equipo No.: # 7 - | |

SEMANA DEL 14 AL 19 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Holmes Felipe R | 7169766 | |

| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |
|---|---|---|
| Angie Parra M | | |

SEMANA DEL 19 AL 26 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

**OBSERVACIONES:**

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

| EBISU | PREOPERACIONAL PULIDORA | CODIGO: FRT-IN-07<br>VERSION: 05<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

| Proyecto: Colegio Ruta | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. #8 |
|---|---|---|

SEMANA DEL 11 AL 16 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Jose D. Berrio | 1003045086 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Jaramillo | | |

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

**Fuera de servicio: si** ☐ **no** ☒

**Fecha de Corrección:**

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proyecto: | Torre Bolo | Ubicación: | Torre A y B |
| Equipo No. | #9 | | |

SEMANA DEL 19 AL 26 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Diuno Mendoza | | |
| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |
| Angel Parra | | |

SEMANA DEL: 19 AL 26 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PEP-IN-07
VERSION: 06
FECHA: 13/12/2021

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

SEMANA DEL: 11 AL 16 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Eliezer Osorio | 1063164092 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Pino | | |

SEMANA DEL: 11 AL 16 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

**Nombre del INSPECTOR SST:**

NOMBRE/APELLIDOS

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

**PREOPERACIONAL PULIDORA**

CODIGO: FOT-PA-09
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2023

Bloque Bodega | **Ubicación:** Torre A y B | **Equipo No.** # 12

**DEL:** 14 AL 18 DE 04 DE 2024

| No | LUN. B | LUN. M | MAR. B | MAR. M | MIER. B | MIER. M | JUEV. B | JUEV. M | VIER. B | VIER. M | SAB. B | SAB. M | DOM. B | DOM. M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | MODELO: | | | | | | | | MARCA: | | | | | |
| clavija | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| or del encendido | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| opa grata | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| isco de corte | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| nes electricas en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| y manija de sujeccion | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| a de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| o de la tuerca del apriete del disco | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| o general del equipo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| del extintor | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A ARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | Mauricio | Mauricio | Mauricio |
| **NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR** | **CEDULA** | | **FIRMA DEL TRABAJADOR** |
| Mauricio Contreras L | 79.815.719 | | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Bermudez | | | |

**SEMANA DEL:** 14 AL 18 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

**Fuera de servicio:** si ☐ no ☒

**Fecha de Corrección:**

**Nombre del INSPECTOR SST:**

NOMBRE/APELLIDOS

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

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

Proyecto: Laeaio Gato | Ubicación: Tome A y B | Equipo No. #12

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

**NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR**: Grelin Alean | CEDULA: 92551355 | FIRMA DEL TRABAJADOR: GD

**NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST**: Fran Parra | CEDULA: | FIRMA DEL INSPECTOR SST:

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

**Apto para de servicio:** si ☐ no ☒

**Fecha de Corrección:**

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | |
|---|---|---|
| Proyecto: Colegio Bota | Ubicación: Torre M y B | Equipo No. # 13 |

SEMANA DEL: 11 AL 16 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| LUIS ALEJANDRO ARAQUE | 1032513039 | LUIS ARAQUE |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Lopez | | |

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 04 DE 2024

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

**Fuera de servicio: si** ☐ **no** ☒

**Fecha de Corrección:**

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

**PREOPERACIONAL PULIDORA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proyecto: Lorio Reto | Ubicación: TORRE A y B | Equipo No. | # 12. |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| SEBASTIAN ESCOBAR ZAPATA | 1047758963 | SEBASTIÁN ESCOBAR Z |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Lowa M | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

**uera de servicio: si** ☐ **no** ☒

**Fecha de Corrección:**

**ombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: PST-IN-07
VERSION: 02
FECHA: 13/12/2021

**Proyecto** Colegio Boito | **Ubicación:** Torre A 45 | **Equipo No.** #13

SEMANA DEL 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| luis Alejandro Araque | 1032513039 | luis Araque |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Parra M | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

**PREOPERACIONAL PULIDORA**

| | | |
|---|---|---|
| **Proyecto:** Colegio Bosa | **Ubicación:** Tome A y B | **Equipo No.** # 10 |

**SEMANA DEL:** 21 **AL** 26 **DE** 04 **DE** 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Andres Felipe R | 1169766666 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Jaramillo | | |

**SEMANA DEL:** 21 **AL** 26 **DE** 04 **DE** 2024

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

**Fuera de servicio:** si ☐ no ☑

**Fecha de Corrección:**

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

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

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

**SEMANA DEL:** 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Fabian Ok | 87 946 129 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Parra M | | |

**SEMANA DEL:** 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | |
|---|---|---|
| Proyecto: Colegio Bolivia | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. # 4 |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Jose D. Bermudez | 1003045086 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Lomas | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2025

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Norte | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. # 5

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Alexander Lopez | 1356242 | ✓ |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Lancheros | | ✓ |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** ✓

NOMBRE/APELLIDOS

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | |
|---|---|---|
| Proyecto: Parque Norte | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. #6 |

SEMANA DEL 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Yeisson Marin | 1.032424871 | Yeisson |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Mayo M | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

**Fuera de servicio: si** ☐ **no** ☒

**Fecha de Corrección:**

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proyecto: Colegio Bosa | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. #8 | |

SEMANA DEL 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Cristian Castañeda | 1.118.199.953 | Cristian Ca |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Lama M | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

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

Nombre **del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Clayco Bosque | Ubicación: TORRE A y B | Equipo No. # 9

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

| ITEM | LUN. | | MAR. | | MIER. | | JUEV. | | VIER. | | SAB. | | DOM. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pulidora No | S | M | S | M | S | M | S | M | S | M | S | M | S | M |
| MODELO: | | | | | | | | | MARCA: | | | | | |
| Estado de clavija | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Interruptor del encendido | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado copa grata | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado disco de corte | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Conexiones electricas en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango y manija de sujecion | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado de la tuerca del agarre del disco | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Estado general del equipo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Uso del extintor | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA CIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| CEDULA | 1085... | | | | | | | | FIRMA DEL TRABAJADOR | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR: Mauricio Cabezas L | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST: Angie Jiménez | | | | | | | | | | | | | | |
| CEDULA | | | | | | | | | FIRMA DEL INSPECTOR SST | | | | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

Proyecto: Colegio Roda | Ubicación: Torre A y B | Equipo No. #3

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Diana Mendoza | 1097775 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Torres M | | |

MANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

UNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

a de servicio: si ☐ no ☒ | Fecha de Corrección:

bre del INSPECTOR SST: NOMBRE/APELLIDOS

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | |
|---|---|---|
| **Proyecto:** Colegio Boita | **Ubicación:** Tame AYB | **Equipo No.** # 13 |

**SEMANA DEL** 21 **AL** 26 **DE** 04 **DE 2025**

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Julian D. Briceño P | 1032467196 | Julian D. Briceño P. |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Parra M. | | |

**SEMANA DEL:** 21 **AL** 26 **DE** 04 **DE 2025**

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:**

**NOMBRE/APELLIDOS**

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

CODIGO: SST-AL-07
VERSION: 01
FECHA: 17/11/2021

**Proyecto:** Colegio Bolivia **Ubicación:** Torre A y B **Equipo No.** # 13

**SEMANA DEL:** 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Rafael G Rincon R. | 1127349717 | ✓ |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Paima M | | ✓ |

**SEMANA DEL:** 21 AL 26 DE 04 DE 2024

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

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

**Nombre del INSPECTOR SST:** ✓

NOMBRE/APELLIDOS

**OBSERVACIONES:**

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

EBISU

# PREOPERACIONAL PULIDORA

| | | |
|---|---|---|
| Proyecto: Boito | Ubicación: Torre 4 | Equipo No. #4 |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE Abril DE 2025

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

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Alex R Mata Lopez | 1003656245 | [signature] |
| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |
| JHON ZAMORA | 1-733-250 | [signature] |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

OBSERVACIONES:

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

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

## INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Cargue y descargue de material pluma grúa

Lugar: proyecto Boita Torre 9

Duración estimada: 31/03 al 09/04/2023 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 20 mts

## INFORMACIÓN DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | ARL | | EPS | | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | | SI | | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Jose Herrera | ✓ | | ✓ | | ✓ | | oct. 2024 | Jose Herrera |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

| Pregunta | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verifi

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

Eslinga — Sencilla ☒ Ajustable ☐ "Y" ☑ Posicionamiento (cuerda) ☐ Con absorbedor? $ ☑ N ☐

*Este documento impreso se considera copia no controlada*

## ANDAMIOS

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

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

**Construcción del Andamio**

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

Elaborado Por _____

Modificaciones autorizadas por : _____

*Este documento impreso se considera copia no control*

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

## EQUIPOS A UTILIZAR

- plumas Guia
- Arnes

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

N/A

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

## FIRMAS

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Semana del:** | 31/03/2023 al 02/04/2023 |
| **Modelo:** | SIEMENS |
| **Marca:** | 20-19 |
| **Centro de trabajo:** | Proyecto Boita |

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

**OBSERVACIONES**

**Lunes:**

**Martes:**

**Miercoles:**

**Jueves:**

**Viernes:**

**Sabado:**

**Domingo:**

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

**Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo**

**Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo**

PERMISO DE TRABAJO

-10-SG03-01

Estado de Revisión 0

| EBISU | PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA | Codigo: FST.PM-02 |
|---|---|---|
| | | Versión:01 |
| | | Fecha: 15/03/2022 |

VALIDO PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha 31/03/2025 | Valido desde 31/03/25 | Hasta 06/04/25

Sector/ Área de trabajo proyecto Boila Torre A cubierta

Responsable del área pablo alvarez

Equipo específico objeto del trabajo pluma 6000

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

carga y descarga material

| ITEM | LISTA DE VERIFICACIÓN SUPERVISOR RESPONSABLE DEL AREA | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|
| 1 | El personal se encuentra afiliado a seguridad social | ✓ | | |
| 2 | Se ha delimitado y aislado el área de trabajo | ✓ | | |
| 3 | Se verificó que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución | ✓ | | |
| 4 | Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar | ✓ | | |
| 5 | Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad | ✓ | | |
| 6 | Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar | ✓ | | |
| 7 | Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar | ✓ | | |
| 8 | Se verificó que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehículos | ✓ | | |
| 9 | Se verificó el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (preoperacional) | ✓ | | |
| 10 | El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar | ✓ | | |
| 11 | El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo | ✓ | | |
| 12 | El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor | ✓ | | |
| 13 | Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad | ✓ | | |
| 14 | Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro | ✓ | | |
| 15 | Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración | ✓ | | |
| 16 | Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vías de evacuación, ubicación de extintores, etc.) | ✓ | | |
| 17 | En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles | ✓ | | |
| 18 | Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA | ✓ | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | ✓ | Gafas | ✓ | Tapones auditivos | ✓ | escaleras | ✓ |
| Careta | ✓ | Protección respiratoria | ✓ | arnés de seguridad | | Andamios | |
| Guantes | ✓ | pechera | ✓ | equipo aire asistido | | linea de vida | |
| Mangas | | Botas seguridad | ✓ | Otro: | | | |

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

| Nombre | Firma | Nombre | Firma |
|---|---|---|---|
| JOSE HERRERA | JOSE HERRERA | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Conocemos los riesgos inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las normas y recomendaciones establecidas

RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS

| Responsables | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| SPV responsable del área | | | |
| SPV respons. Del trabajo | | | |
| SPV Residente SST | JHON ECHEVERRIA | COORDINADOR SST | |

Observaciones

CIERRE DEL PERMISO

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

Resp trabajo Firma Firma

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

OBRA: Proyecto Agata Forge y Ecocarige material
ACTIVIDAD: FECHA DE INSPECCIÓN 31/00/2023
UBICACIÓN: Torre A

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

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

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

**ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)**

**FIRMAS TRABAJADORES**

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Jose Herrera | 1004297434 | Plumero | Jose Herrera |
| | | | |

**FIRMA DEL SUPERVISOR SST**

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

**NOMBRE COMPLETO:** JHON FUMORO

**CÉDULA:** 1.233.691.150

**FIRMA:**

**RECOMENDACIONES:**

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

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

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

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Instalación lumparas de electricidad

Lugar: proyecto Barlu Torre A

Duración estimada 03/03 al 00/04 - 2022 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 10 M

## INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | ARL | | EPS | | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | | SI | | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Rolando Hurtado R. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | Febrero-2022 | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

| Pregunta | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Este documento impreso se considera copia no controlada
1 de 3

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

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El **area de trabajo necesita o se ha verifi**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**El personal requiere:**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

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

*Este documento impreso se considera copia no controlada*

¿Se

## ANDAMIOS

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

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

**Construcción del Andamio**

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

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por : _____

*Este documento impreso se considera copia no controla*

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## EQUIPOS A UTILIZAR

- Taladro
- Aines

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

## FIRMAS

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

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

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

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Teolerecido de cubierta

Lugar: proyecto Boita Torre A cubierta

Duración estimada: 31/08 al 05/09/2023 Numero de personas en el trabajo: 1

Altura aproximada: 20 mts

## INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | ARL | EPS | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | SI | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Alexander | ✓ | ✓ | ✓ | | Enero 2023 | |
| 2 | Hernan Pamplona | ✓ | ✓ | ✓ | | Enero 2023 | Hernan Pa. |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

| Pregunta | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 8 horas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En terminos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |



¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea?

Este documento impreso se considera copia no controlada
1 de 3

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

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

**El area de trabajo necesita o se ha verifi**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

**El personal requiere:**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

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

*Este documento impreso se considera copia no controlada*

## ANDAMIOS

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

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

**Construcción del Andamio**

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

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por : _____

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| // | // | // | // | // | // | // | // |

## EQUIPOS A UTILIZAR

X AINEP
X PULIDORA

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

N/A

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

## FIRMAS

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

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

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

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Izaje, descenso de material y recepcion de mismo

Lugar: Colegio Bosta - Torre A

Duración estimada: 14 a 16/04/25 — Numero de personas en el trabajo: 3 personas

Altura aproximada: 16 mts

## INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | ARL | EPS | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | SI | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Jose Herrera | ✓ | ✓ | ✓ | | | Jose Herrera |
| 2 | [illegible] | ✓ | ✓ | ✓ | | | [illegible] |
| 3 | Endwar de la Hoz | ✓ | ✓ | ✓ | | | Endwar |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

| Pregunta | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas? | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas? | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | | | |
| En terminos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ecutante cuenta con tema de uramiento de mientas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| jecutante sabe qué r en caso de una rgencia? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| realizo el análisis de ajo seguro (ATS) atO para la tarea? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| ejecutante sospecha ne duda de que se uentra en estado de razo | N | A | N | A | N | A | | | | | | | | | | | | | |
| realizo la inspección escaleras, andamios y otros elementos de eso a utilizar? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

rea de trabajo necesita o se ha verifi

| | Necesidad | | Revisión 2 | |
|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | B | M |
| narcación provisional | ✓ | | | |
| ales de peligro adicionales | ✓ | | | |
| rar las vías | ✓ | | | |
| inación Adicional | ✓ | | | |
| erficies secas, no | ✓ | | | |
| as de advertencia | ✓ | | | |
| os de anclaje | ✓ | | | |

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**El personal requiere:**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

| | NECESIDAD | | Revisión 1 | | Revisión 2 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | B | M | B | M |
| a de vida (Verificar puntos de an | ✓ | | | | | |
| s de seguridad | ✓ | | | | | |

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

*Este documento impreso se considera copia no controlada*

## ANDAMIOS

| | Necesidad | | Revisión 1 | | Revisión 2 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | B | M | B | M |
| a verificado el estado del andamio | ✓ | | | | | |
| puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes | ✓ | | | | | |
| bases del andamio se encuentran aseguradas | ✓ | | | | | |
| ndamio cuenta con barandas laterales | ✓ | | | | | |

a Máxima: 3000 lb

a máxima: 1 Sumo Apoy

s precauciones. Cuales? _____

**Construcción del Andamio**

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

Elaborado Por: Pablo Alvarez
+ Jose Herrera

Modificaciones autorizadas por: _____

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 14-04-25 | 7:00am | 16-04-25 | 5:00pm |

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## EQUIPOS A UTILIZAR

- Arnes
- Eslinga
- línea de vida
- punto de anclaje

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

sta :

## FIRMAS

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

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

| EBISU | ATS PLUMA GRUA | Codigo: FST ATS 02<br>Versión 01<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|
| | Colegio Bolivar FECHA DE INSPECCIÓN: 19-04-23 | |
| AD: | Izaje y instalacion de materiales y equipos | |
| IÓN: | Torre 1 | |

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

EBISA

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| [illegible] con la capacidad del área de trabajo para realizar la operación | C | | | |
| Realiza un levantamiento de prueba con la carga para la cual está especificada la pluma | C | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL** | | | | |
| [illegible] cuenta con equipo de protección contra caídas certificado | C | | | |
| trabajador cuenta con casco y barbuquejo | C | | | |
| Cuentan de vaqueta | C | | | |
| botas punteras | C | | | |
| Protector visual con UV | C | | | |
| **SEGUIMIENTO A EQUIPOS** | | | | |
| equipo cuenta con hoja de vida | C | | | |
| Indique la fecha de mantenimiento preventivo del equipo | C | | | |

**ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)**

**FIRMAS TRABAJADORES**

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| HERRERA | 1001297431 | Plumero | Jose Herrera |
| | | | |

**DEL SUPERVISOR SST**

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

NOMBRE COMPLETO: Angel David M

CC: 1003100240

**RECOMENDACIONES:**

- Verificar el peso de la carga y la resistencia de la pluma grúa.
- Solo el mecánico podrá realizar las reparaciones a la pluma grúa y siempre se debe realizar con el motor apagado
- Verificar el espacio la maniobrabilidad de izada y bajada de la carga para evitar arrancadas y paradas bruscas
- Verificar el balanceo de la carga
- Verificar que no puede estar soldado
- El auxiliar de la operación debe retirarse y quedar fuera del radio de acción de la carga cuando se este izando o bajando

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

EBISU

# PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

| Código: FST.TA-01 |
|---|
| Versión:01 |

TDA-10-SG03-01

Estado de Revisión: 0

EBISU

## PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA

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

VALIDO PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha 14-04-25 Valido desde 14-04-25 Hasta 15-04-25

Sector: Área de trabajo Equipo Roca - Torre A

Responsable del área Pozo Alvarez

Equipo específico objeto del trabajo Pluma grua

Descripción del trabajo a ejecutar ( Defina estrategias para realizar las labores) Izaje y recepcion de material y equipos

| ITEM | LISTA DE VERIFICACION SUPERVISOR RESPONSABLE DEL AREA | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|
| 1 | El personal se encuentra afiliado a seguridad social | ✓ | | |
| 2 | Se ha delimitado y aislado el área de trabajo | ✓ | | |
| 3 | Se verifico que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución | ✓ | | |
| 4 | Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar | ✓ | | |
| 5 | Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad | ✓ | | |
| 6 | Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar | ✓ | | |
| 7 | Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar | ✓ | | |
| 8 | Se verifico que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehiculos | ✓ | | |
| 9 | Se verificó el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (preoperacional) | ✓ | | |
| 10 | El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar | ✓ | | |
| 11 | El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo | ✓ | | |
| 12 | El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor | ✓ | | |
| 13 | Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad | ✓ | | |
| 14 | Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro | ✓ | | |
| 15 | Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración | ✓ | | |
| 16 | Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vias de evacuación, ubicación de extintores, etc.) | ✓ | | |
| 17 | En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles | ✓ | | |
| 18 | Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA | ✓ | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | | Gafas | | Tapones auditivos | | escaleras | |
| Careta | | Protección respiratoria | | arnés de seguridad | | Andamios | |
| Guantes | | pechera | | equipo aire asistido | | linea de vida | |
| Mangas | | Botas seguridad | | Otro: | | | |

### PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES

| Nombre | Firma | Nombre | Firma |
|---|---|---|---|
| Jose Herrera | Jose Herrera | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Conocemos los **riesgos** inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las **normas** y **recomendaciones** establecidas

### RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS

| Responsables | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| SPV responsable del área | | | |
| SPV respons. Del trabajo | | | |
| SPV Residente SST | Angie Parra M | Insp SST | |

Observaciones

### CIERRE DEL PERMISO

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

Resp trabajo Firma Firma

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

Semana del: 14-04-23 al 16-04-23

Modelo: N/A

Marca: SIEMENS

Centro de trabajo: Colegio Porta

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

## OBSERVACIONES

**Lunes:**

**Martes:**

Miercoles:

**Jueves:**

**Viernes:**

**Sabado:**

**Domingo:**

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

**Cargo**

**Fecha Ultimo Mantenimiento Correctivo**

**Fecha Ultimo Mantenimiento Preventivo**

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

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Overolado y fundida de escaleras de rampa

Lugar: Torre A y B Colegio Bolta

Duración estimada: 14 al 16/09/22 Numero de personas en el trabajo: 2 personas

Altura aproximada: 20 mts Aprox

## INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | ARL | EPS | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | SI | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Hernan Pamplona | ✓ | ✓ | ✓ | | | Hernan PC. |
| 2 | Alexander Lopez | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

| Pregunta | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 8 horas? | | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 8 horas? | | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos? | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad? | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)? | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada? | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto? | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea? | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

**El area de trabajo necesita o se ha verifi**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

**El personal requiere:**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

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

*Este documento impreso se considera copia no controlada*

## ANDAMIOS

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

Carga Máxima: ____________
Altura máxima: ____________

Otras precauciones. Cuales? ____________

**Construcción del Andamio**

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

Elaborado Por: ____________

Modificaciones autorizadas por: ____________

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 14-04-25 | 7:00a | 16-04-25 | 5:00pm |

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## EQUIPOS A UTILIZAR

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

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

a

## FIRMAS

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

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

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

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Arreglos en obra

Lugar: Colegio Bello - Torre A y B

Duración estimada: 14 al 16/09/22 — Numero de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: 3 mts Aprox

## INFORMACION DEL EJECTUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | ARL | | EPS | | CONSTACIA CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | | SI | | SI | NO | VIGENCIA | |
| 1 | Mauricio Castaño L | X | | X | | X | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

| Pregunta | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 8 horas? | | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas? | | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se siente con alguna fección que sienta pueda fectar su actividad de abajo en alturas? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| n términos generales, Considera ud que su tado de salud es | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| l ejecutante cuenta y noce el procedimiento trabajo seguro en ras (SG-SST-01)? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| área de trabajo se uentra señalizada y narcada? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ejecutante tiene ocimiento a los riesgos está expuesto? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| jecutante cuenta con yudante para realizar ea? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

**¿l area de trabajo necesita o se ha verifi**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**El personal requiere:**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

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

*Este documento impreso se considera copia no controlada*

## ANDAMIOS

| | Necesidad SI | Necesidad NO | Revisión 1 B | Revisión 1 M | Revisión 2 B | Revisión 2 M |
|---|---|---|---|---|---|---|
| lóvil | | | | | | |
| ijo | | | | | | |
| e ha verificado el estado del andamio | | | | | | |
| os puntos de apoyo del andamio son estables y resistentes | | | | | | |
| as bases del andamio se encuentran aseguradas | | | | | | |
| andamio cuenta con barandas laterales | | | | | | |

arga Máxima:

tura máxima:

ras precauciones. Cuales?

**Construcción del Andamio**

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

Elaborado Por:

Modificaciones autorizadas por :

*Este documento impreso se considera copia no controlado*

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 14-04-25 | 7:00m | 16-04-25 | 5:00pm |

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## EQUIPOS A UTILIZAR

* Escalera
* Andamio Multidireccional Amarillo

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

## FIRMAS

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

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

| EBISU | PERMISO DE TRABAJO PARA IZAJE DE CARGA | Codigo: FST.PM-02 |
|---|---|---|
| | | Versión:01 |
| | | Fecha: 15/03/2022 |

VALIDO PARA EL PERIODO, LUGAR, EQUIPO Y TRABAJO INDICADO

Fecha 21 01 23 | Valido desde 21 01 23 | Hasta 26 09 23

Sector: Área de trabajo: Colegio Bella - Torre A

Responsable del área: Pablo Alvarez

Equipo especifico objeto del trabajo: Plena grua

Descripción del trabajo a ejecutar: (Definir estrategias para realizar las labores): Izaje de material y equipos.

| Item | LISTA DE VERIFICACION SUPERVISOR RESPONSABLE DEL AREA | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|
| 1 | El personal se encuentra afiliado a seguridad social | ✓ | | |
| 2 | Se ha delimitado y aislado el área de trabajo | ✓ | | |
| 3 | Se verifico que solo intervenga en la maniobra personal entrenado y autorizado para su ejecución | ✓ | | |
| 4 | Se encuentran identificados los riesgos propios de la labor a realizar | ✓ | | |
| 5 | Permiten los equipos y/o maquinaria disponible realizar la labor con facilidad | ✓ | | |
| 6 | Se conocen las especificaciones técnicas del equipo / material a movilizar | ✓ | | |
| 7 | Se tienen en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a movilizar | ✓ | | |
| 8 | Se verifico que las condiciones del suelo permitan una maniobra segura de los equipos y vehículos | ✓ | | |
| 9 | Se verifico el estado de la maquinaria o equipo disponible para realizar la labor (preoperacional) | ✓ | | |
| 10 | El personal ha sido capacitado en relación con las actividades a desarrollar | ✓ | | |
| 11 | El personal ha sido instruido en relación a los riesgos que pueden presentarse durante el trabajo | ✓ | | |
| 12 | El personal cuenta con todos sus elementos de protección personal adecuados a la labor | ✓ | | |
| 13 | Permite los factores externos (dirección del viento, condiciones atmosféricas, etc.) realizar los trabajos con seguridad | ✓ | | |
| 14 | Los equipos y maquinarias se encuentran ubicados en un lugar seguro | ✓ | | |
| 15 | Se verificó que no hay cables, cuerdas, basura, etc., en las áreas adyacentes que puedan causar una conflagración | ✓ | | |
| 16 | Se tiene claro un plan en caso de emergencia (vías de evacuación, ubicación de extintores, etc.) | ✓ | | |
| 17 | En caso de maniobras con productos químicos se tienen las hojas de seguridad disponibles | ✓ | | |
| 18 | Requiere permiso adicional: TRABAJO EN ALTURA | ✓ | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | ✓ | Gafas | ✓ | Tapones auditivos | ✓ | escaleras | |
| Careta | | Protección respiratoria | ✓ | arnés de seguridad | | Andamios | ✓ |
| Guantes | ✓ | pechera | ✓ | equipo aire asistido | | línea de vida | |
| Mangas | ✓ | Botas seguridad | ✓ | Otro: | | | |

**PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES**

| Nombre | Firma | Nombre | Firma |
|---|---|---|---|
| Jose Herrera | Jose Herrera | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Conocemos los riesgos inherentes a las actividades a desarrollar y nos comprometemos a ejecutar el trabajo, siguiendo las normas y recomendaciones establecidas*

**RESPONSABLES DE AUTORIZAR LOS TRABAJOS**

| Responsables | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| SPV responsable del área | | | |
| SPV respons. Del trabajo | | | |
| SPV Residente SST | Angie Pono | Insp SST | |

Observaciones

**CIERRE DEL PERMISO**

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

Resp trabajo Firma Firma

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

**Semana del:** 21 04 22 **al** 26 04 22

Modelo: N/A

Marca: [illegible]

Centro de trabajo: [illegible]

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

**OBSERVACIONES**

Lunes:

Martes:

Miercoles:

Jueves:

Viernes:

Sabado:

Domingo:

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

**Ultimo Mantenimiento Correctivo**

**Ultimo Mantenimiento Preventivo**

| EBISU | ATS PLUMA GRUA | Codigo: FST.ATS-02<br>Versión:01<br>Fecha: 15/03/2022 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| OBRA: | Colegio Bista | FECHA DE INSPECCIÓN: | 21-07-23 |
| ACTIVIDAD: | Izaje y descenso de equipos y materiales | | |
| UBICACIÓN: | Torre A | | |

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

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

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

**ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR (SI APLICA)**

**FIRMAS TRABAJADORES**

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Jose Herrera | 1002994134 | plumero | Jose Herrera |
| | | | |
| | | | |

**FIRMA DEL SUPERVISOR SST**

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

**NOMBRE COMPLETO:** Angie Lorena M.

**CÉDULA:** 1030900290

**FIRMA:**

**RECOMENDACIONES:**

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

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

EBISU

# PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

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

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Izaje y descenso de materiales y equipos.

Lugar: Colegio Bolivia - Torre A.

Duración estimada: 21 al 26-04-25

Numero de personas en el trabajo: 1 persona

Altura aproximada: 20 mts Aprox

## INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

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

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

| Pregunta | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 8 horas? | | V | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 8 horas? | | V | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Inspecciono los equipos de protección contra caídas antes de usarlos? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ Conoce el procedimiento para el sarrollo de la actividad? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido algún ccidente desarrollando sta actividad? | | V | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se siente con alguna fección que sienta pueda fectar su actividad de abajo en alturas? | | V | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| n términos generales, Considera ud que su stado de salud es | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El ejecutante cuenta y onoce el procedimiento e trabajo seguro en turas (SG-SST-01)? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El área de trabajo se ncuentra señalizada y emarcada? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El ejecutante tiene onocimiento a los riesgos ue está expuesto? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El ejecutante cuenta con ayudante para realizar tarea? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

**El area de trabajo necesita o se ha verifi**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**El personal requiere:**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

Eslinga — Sencilla ☐ Ajustable ☑ Y/I ☑ Posicionamiento (cuerda) ☐ Con absorbedor? S ☑ N ☐

*Este documento impreso se considera copia no controlada*

## ANDAMIOS

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

Carga Máxima: 3000lb
Altura máxima: 2.0mts

Otras precauciones. Cuales? N/A

**Construcción del Andamio**

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

Elaborado Por: N/A

Modificaciones autorizadas por: N/A

*Este documento impreso se considera copia no controlada*

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 27-04-25 | 9:00 am | 26-04-25 | 17:00 pm |

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## EQUIPOS A UTILIZAR

Pluma grúa y Eslinga
y línea de vida
y Punto de anclaje.

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

| | Condiciones OK | No Conforme * |
|---|---|---|
| rden y aseo | ☑ | ☐ |
| lanejo de residuos | ☑ | ☐ |
| evantamiento de señalización o aislamientos especiales (Si a | ☑ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |
| Otras. Cuales? | ☐ | ☐ |

**Observaciones**

## FIRMAS

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

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

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

## INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Descuelge Instalacion campana

Lugar: proyecto Bolo

Duración estimada 26 Abril 2023 Numero de personas en el trabajo 1

Altura aproximada 20 mts

## INFORMACION DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

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

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

| Pregunta | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 8 horas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 8 horas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Inspecciono los equipos de protección contra caidas antes de usarlos? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ Conoce el procedimiento para el desarrollo de la actividad? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta y conoce el procedimiento de trabajo seguro en alturas (SG-SST-01)? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El área de trabajo se encuentra señalizada y demarcada? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante tiene conocimiento a los riesgos que está expuesto? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El ejecutante cuenta con un ayudante para realizar la tarea? | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

**El area de trabajo necesita o se ha verifi**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

**El personal requiere:**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

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

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

*Este documento impreso se considera copia no controlada*

## ANDAMIOS

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

Carga Máxima: _____

Altura máxima: _____

Otras precauciones. Cuales? _____

_____

**Construcción del Andamio**

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

Elaborado Por: _____

Modificaciones autorizadas por : _____

_____

_____

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DESDE (DÍA) | HORA | DESDE (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## EQUIPOS A UTILIZAR

* Taladro
* Desoldadora

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Agua | ☐ | Madera | ☐ | | ☐ |
| Aire | ☐ | Gasolina | ☐ | | ☐ |
| Energia | ☐ | ACPM | ☐ | | ☐ |

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

_____

_____

## FIRMAS

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

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

EBISU

PREOPERACIONAL SIERRA CIRCULAR

CODIGO: FST-IN-08
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROYECTO | Bonta | EQUIPO | SIERRA CIRCULAR |
| FECHA INICIO | 31/03/2023 | FECHA FINAL | 05/04/2023 |
| INSPECCIONADO POR: | [illegible] | CARGO | Auxiliar de obra |
| MARCA | DEWALT | MODELO | |

| Nº | CONDICION | LUNES B | LUNES M | MARTES B | MARTES M | MIERCOLES B | MIERCOLES M | JUEVES B | JUEVES M | VIERNES B | VIERNES M | SABADO B | SABADO M | DOMINGO B | DOMINGO M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Estado de conexiones eléctricas (cables, extensiones y/o tomas) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 2 | Estado del interruptor de encendido y su seguro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 3 | Estado del accesorio portadisco | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 4 | Estado del mango | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 5 | Estado del cuerpo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 6 | Estado del accesorio Revoluciones Por Minuto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 7 | Estado general de guia y la guarda | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 8 | Estado de la regleta de posición | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 9 | Estado tope paralelo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| # | Estado Protector Pendular | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| # | Estado Cuña Separadora | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| # | Estado Caperuza Protectora | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| # | Estado Expulsor de Virutas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| # | Estado Placa Base | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| # | Estado Tornilleria y Mariposas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| # | El trabajador cuenta con EPP adecuados para la actividad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| 18 | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADRIO QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA LA PERICIA MANIPULANDO LA HERRAMIENTA | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | | |

| | NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|---|
| 19 | Alex de Jesus Lopez | 1003656243 | [signature] |
| 20 | JHON FUMOCA | 1.233.691.250 | FIRMA DEL INSPECTOR SST |

OBSERVACIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vo Bo Residente de SST | | FIRMA | | REPARACION | SI / NO |

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN-04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 16/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Boito

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 01 al 05 Abril - 2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A

ACTIVIDAD: perforacion placa

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcaza libre de aceites o grasas | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado. | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La herramienta de ajuste esta en buen estado. | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones. | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | | / | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | / | EA | | EA | | EA | | EA | | EA | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Elicer Osorio | 1063764497 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON FONSECA | 1.233.691.250 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR

CODIGO: FST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: BOSQUE
MARCA EQUIPO: DEWALT
SERIAL: 31/03 al contrario
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE 6
ACTIVIDAD: perforacion placa

| ITEM<br>CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El taladro se encuentra en buen estado y ajustado al trabajo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta libre de aceites y grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonómico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mecanismo de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El voltaje se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operacion es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA (LETRA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | luis.A | | luisA | | luisA | | luisA | | luisA | | luisA | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| luis Alejandro Aragon | 1052513039 | luis Aragon |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON TORRES | 1.053.691.020 | |

SEMANA DEL ___ AL ___ DE ___ DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN.44<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Conty

MARCA EQUIPO: Bosch

SEMANA: 31 /08 al 05/09/25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre 8

ACTIVIDAD: perforación placa

| ITEM<br>CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Los mangos se encuentra en buen estado y ajustado al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta libre de grietas o golpes | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonómico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con gatillo de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cableado se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA (LARGA) DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Marvin playa | 8-0946-109 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Yhon Ramirez | 1-1037-691-180 | |

SEMANA DEL ___ AL ___ DE ___ DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fecha de corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDO

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN-04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Bata

MARCA EQUIPO: Makita

SEMANA: 31 al 06 abril - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOMA

ACTIVIDAD: PERFORACION

| ITEM<br>CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcaza libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | - | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| WILSON ALEXANDER YAGUE | 1 071 991 991 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON FLOREZ | 1-233.691.260 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN-04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 16/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Boito

MARCA EQUIPO: BOSCH — SEMANA: 31/03 al 05/04/2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A — ACTIVIDAD: PERFORACION PLACA

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcaza libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Sebastian Castro | 1000850157 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ZAMBRA | 1.033.691.760 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN.04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Bolp

MARCA EQUIPO: Dewalt — SEMANA: 31 al 06 Abril - 2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOLVA — ACTIVIDAD: perforacion placa

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carrera se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carrera libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vidrtago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | J. Barrero | | J. Barrero | | J. Barrero | | J. Barrero | | J. Barrero | | J. Barrero | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Julian D Barrero Patiño | 1022967146 | Julian D. Barrero P. |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON FLOREZ | 1.233.691.650 | |

SEMANA DEL ___ AL ___ DE ___ DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN.04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Bolo

MARCA EQUIPO: Mondo

SEMANA: 31/03 al 05/04/2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A

ACTIVIDAD: Perforación placa

| ITEM<br>CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | Santiago Torres | | Santiago Torres | | Santiago Torres | | Santiago Torres | | Santiago Torres | | Santiago Torres | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| David Santiago Torres | 1000128491 | Santiago Torres |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON TORRES | 1.733.691.590 | |

SEMANA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio SI ☐ NO ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-IN-04
VERSION: 01
FECHA: 10/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bello
MARCA EQUIPO: MAKITA
CONTRATO: 31 al 00 Abril - 005
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A
ACTIVIDAD: perforacion placa

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El taladro se encuentra en buen estado y ajustado al trabajo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con la guarda | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño antideslizante y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| [illegible] en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Interruptor de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA Dentro DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | Uriel | | Uriel | | Uriel | | Uriel | | Uriel | | Uriel | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Uriel Alguilo | 1101879760 | Uriel |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Jhon Tumolo | 1.733.691.050 | |

SEMANA DEL ___ AL ___ DE ___ DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐ ☐ Fecha de Corrección: _____

Revisión del INSPECTOR SST _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN-04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Bario

MARCA EQUIPO: DeWalt

SEMANA: 31/03 al 06/04-2024

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A

ACTIVIDAD: Perforación placa

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Frank Alejandro Lozada | 7301045750 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON FUMIO | 1-735-691-66 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN-04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Borja

MARCA EQUIPO: Dewalt — SEMANA: 31/05/24 05/04/2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre B — ACTIVIDAD: perforacion placa

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| JAIR SEBASTIAN DIAZ REYES | 1010840357 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON FREDDY | 1.233.691.250 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN-04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Bajo

MARCA EQUIPO: Manto

SEMANA: 31-03 al 05-04/2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller

ACTIVIDAD: Perforación placa

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcaza libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| La broca esta buenas condiciones. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| JOSE D. BRAVO CORTE | 1003050886 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ZAMORA | 1.033.691.700 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolta
MARCA EQUIPO: BOSCH
SEMANA: 03/03/25 al 09/09/2025
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TOLVA
ACTIVIDAD: PERFORACION PISO

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | SeBastián | SeBastián | SeBastián | SeBastián | SeBastián | SeBastián | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| VICTOR SEBASTIAN ESCOBAR | 1069758963 | SEBASTIAN ESCOBAR |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON FAMOCA | 1.053.691.750 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN-04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Bello

MARCA Y MODELO: BOSCH

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: LOCAL

SEMANA: 31/08 al 06/09/25

ACTIVIDAD: perforación eléctrica

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La herramienta se encuentra en buen estado y apropiada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con llave de apretar o graduar | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonómico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar adecuadamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El tornillo de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El voltaje se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Carlos Felipe P. | 1216976111 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON FUMOLA | 1-053.691.760 | |

SEMANA DEL ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR

CODIGO: FST-IN-64
VERSION: 01
FECHA: 18/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Bolu
MARCA EQUIPO: Makita
SEMANA: 31 de 05/08/2024
AREA DE LA QUE SE REQUIERE LA ACTIVIDAD: Torre A
ACTIVIDAD: Perforación placa

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con su punta y grapa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonómico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango aislado adecuadamente | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con gatillo de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Manguera portaelectrodo en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mantenimiento de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cableado se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvos y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operacion es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA (LINEA DE TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Mauricio Cardenas L | 79.615.210 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Jhon Zuñiga | 1.233.691.706 | |

SEMANA DEL ___ AL ___ DE ___ DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐

Fecha de Corrección: _____

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO | CODIGO: FST.IN.04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: BOLO

MARCA EQUIPO: BOSCH

SEMANA: 01/08 al 05/04/2025

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: TORRE A

ACTIVIDAD: PERFORACIÓN - PLACA

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Nelson R. Rincon R. | 1127394477 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| JHON ESCOBAR | 1.233.694.280 | |

SEMANA DEL: ___ AL ___ DE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

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

Nombre del INSPECTOR SST: _____

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO PERCUTOR | CODIGO: FST.IN-04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Boita

MARCA EQUIPO: Bosch | SEMANA: 11 al 16/01/25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B | ACTIVIDAD: Arreglos electricos

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Carcaza libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Mandril portabroca en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La broca esta buenas condiciones. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Eliezer Osorio | 1063764092 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angie Jara M | | |

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 01 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Ronda Norte
MARCA EQUIPO: BOSCH
SEMANA: 14 al 16 - 01 - 25
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
ACTIVIDAD: Pomales en obra.

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DEL EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Carcaza libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Mandril portabroca en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La brica esta buenas condiciones. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | Luis A | | Luis A | | Luis A | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Luis Alejandro Araque | 1032513624 | Luis Araque |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angel Pomo | | |

SEMANA DEL: 14 AL 16 DE 01 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FAT IN 04
VERSION: 01
FECHA: 19/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Campo Canto
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A40
SEMANA: 11 al 15 - 04 - 25
ACTIVIDAD: Instalaciones electricas

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Carcaza libre de aceites y grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Mango auxiliar correctamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El vastago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El cable de alimentacion se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condicion de operacion es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Protectores auditivos insercion y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condicion de operacion es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Julio Felipe R | 7216976666 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Hugo Soto M | | |

SEMANA DEL: 11 AL 16/04/04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐

Fecha de Correccion:

Nombre del INSPECTOR SST

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST IN.04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosta
MARCA EQUIPO: Bosch
SEMANA: 11 al 16 /04/25
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
ACTIVIDAD: Instalaciones electricas

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Carcasa libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Cable portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El vastago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Kevin Sebastian Diaz R | 1010840357 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Hugo Soto | | |

SEMANA DEL 11 AL 16 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☑ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELÉCTRICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| ÍTEM | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |

FECHA DEL [illegible]

* [illegible]

Powered by CamScanner

EBISU

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELÉCTRICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| | | |
| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |
| | | |

SEMANA DEL

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐

Fecha de Correccion

Nombre del INSPECTOR SST

NOMBRE, APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELÉCTRICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO DE TRABAJO: | Obras Rocas | | |
| NOMBRE TRABAJADOR: | Rocas | FECHA: | 11 a 16 / 11 / 23 |
| AREA DE LA CUAL SE REALIZARÁ LA ACTIVIDAD: | Torre A y B | ACTIVIDAD: | Instalaciones electricas |

| ITEM | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Cuenta con fijación de ajuste y giro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El mango presenta un diseño ergonómico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El mango cuenta debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El taladro con gancho de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Presenta averiamientos en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El mantenimiento de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El cable se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El cable se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Protectores auditivos tapones y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El diámetro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR QUE REALICE LA INSPECCIÓN A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA FIRMA PARA MARCAR LA HERRAMIENTA | Sebastian | | Sebastian | | Sebastian | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Victor Sebastian Escobar | 1069755969 | Sebastian Escobar |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Frans Vargas | | |

SEMANA DEL 11 AL 16 DE 04 DE 2024

* PUNTOS CRÍTICOS QUE IMPOSIBILITE EL EQUIPO PARA OPERAR

Fecha de corrección

Nombre del INSPECTOR SST

NOMBRE APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST IN 04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosa
MARCA EQUIPO: Bosch
SEMANA: 49 al 16/04/24
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
ACTIVIDAD: Instalaciones hidrosanitarios

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Carcaza libre de aceites y grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| [illegible] con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Protectores auditivos insercion y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | Santiago Torres | | Santiago Torres | | Santiago Torres | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| David Santiago Torres | 1000129461 | Santiago Torres |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DE INSPECTOR SST** |
| Angie Lorena [illegible] | | |

SEMANA DEL: 19 AL 16 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

INSPECCION PRECOPERACIONAL DE MOLEDOR ELECTRICO

Código FST-IN-03
Versión 01
Fecha: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Campo Alto
REF. EQUIPO: N/A
OPERADOR: Victor Hernandez
ZONA EN LA QUE SE REALIZARA EL TRABAJO: Torre 6
SEMANA: 7 al 10 Feb/2023
ACTIVIDAD: Demolición

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO O HERRAMIENTA | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El equipo presenta daños estructurales aparentes | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El cable de conexión se encuentra en buen estado y sin desgaste en la entrada y en la clavija | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Empalmes del cable suficiente al punto de trabajo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Mango ergonómico y funcional en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El interruptor de encendido se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Martillo portátil eléctrico y punteros en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El mango adicional de agarre se encuentra sin desgaste y en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| El autoretroceso funciona de manera correcta | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La broca o puntero se encuentran bien ajustadas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La broca o puntero se encuentran en buenas condiciones para no generar mayor esfuerzo en el operador | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| La longitud y diámetro de la broca o puntero son correctos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Oscar Eduar Hernandez Cruz | 87572106 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Erick Sandy | | |

NOTA: Realizar las correcciones y mantenimientos necesarios para corregir las no conformidades, no se debe iniciar el trabajo hasta tanto no se cuenta con todas las condiciones estandar, para la realizacion de la labor.

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

EBISU

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FRT-PL-04
VERSION: 01
FECHA: 18/12/2023

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Wilmer Bello
MARCA EQUIPO: BOSCH
AREA DE LA CUAL SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: PTAR
UBICACION: [illegible] 26/01/25
ACTIVIDAD:

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcaza se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cantidad libre de golpes y grietas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| [illegible] con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| [illegible] conductores en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Interruptor de ajuste este en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Manivela para polvo o material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción o copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barboquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La unidad esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operacion es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA (NOMBRE DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Wilmer Bello | 1122044971 | |
| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |
| Alba Vano M | | |

SEMANA DEL 21 AL 26 DE ENE DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☑ ☐

Fecha de Correccion:

NOMBRE/APELLIDOS

NOMBRE DEL INSPECTOR SST

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-IN-04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bolivia
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Taller 1 y 2 B
SEMANA: 21 al 28 / 04 / 25
ACTIVIDAD: Andamios electricos

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de astillas o grietas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Broca con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción o copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA (nombre DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | SEBASTIAN | SEBASTIAN | SEBASTIAN | SEBASTIAN | SEBASTIAN | SEBASTIAN | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| SEBASTIAN ESCOBAR ZAPATA | 1669758763 | SEBASTIAN ESCOBAR |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Harol Toro M | | |

SEMANA DEL 21 AL 26 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PRECONEACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-IN-04
VERSION: 01
FECHA: 18/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bella
MARCA EQUIPO: Bosch
UBICACIÓN: 21 al 26 de 04 de 24
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
ACTIVIDAD: Anclajes electricos

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de grietas o golpes | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonómico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Rejilla del ventilador en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mecanismo de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cableado se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operacion es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A TAMBIEN VERIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| [illegible] | 87 946 [illegible] | [signature] |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| [illegible] | | [signature] |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST

[signature]

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FRT-IN-04
VERSION: 01
FECHA: 19/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bonita
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A-40
UBICACIÓN: 21 al 26 feb/23
ACTIVIDAD: Instalaciones electricas

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADOS SI | SABADOS NO | DOMINGOS SI | DOMINGOS NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de grietas y golpes | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Broca con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril centrado en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mecanismo de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para evitar el material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción o copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta bien en condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA (Nombre del trabajador que realiza la inspeccion a diario y certifica que cuenta con la pericia para manejar la herramienta | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Angel Enrique Ramos Ruiz | 12169+1666 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Sandra Ramos M | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☑ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELÉCTRICO

| ITEM | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONDICIONES DE EQUIPO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La herramienta se encuentra en buen estado y completa a simple vista | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Carcasa libre de grietas y golpes | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El mango presenta un diseño ergonómico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Mango antideslizante funcionando apropiado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Cable con aislante de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Mandril centrado en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Mecanismo de ajuste este en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El cable de energía en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El interruptor este en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para evitar el material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Protectores auditivos insercion o copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| Carcasa se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Su condicion de operacion es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERSONAL PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| EDILBERTO MEJIA | CC 362'.62 | |
| NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA DEL INSPECTOR SST |
| | | |

SEMANA DEL 21 AL 25 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐

Fecha de Corrección

Revisión del INSPECTOR SST

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST IN 04
VERSION: 01
FECHA: 15/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Cabimas Bolita
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A 48
CIUDAD: 21 al 26/04/25
ACTIVIDAD: Fachadas electricos

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcasa se encuentra en buen estado y alineada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de aceites y grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Broca con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vastago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Eliezer Ospino | 1083644091 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Angel Pino | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2025

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐

Fecha de Corrección:

Asesor del INSPECTOR SST

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCIÓN PRECOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST-IN-04
VERSION: 01
FECHA: 19/12/2023

PROYECTO DE TRABAJO: Lavado Arcilla - Torre A48
MARCA EQUIPO: Bosch
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A48
CUADRILLA: 21 al 26 / 01 / 25
ACTIVIDAD: Pruebas electricas

| ITEM / CONDICIONES DE EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de aceites y grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonómico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango aislado eléctricamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| [illegible] con gancho de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mandril portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción o copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La broca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diámetro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condición de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA (NADIE DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Dario Rojas | 1068403357 | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Andy Jordy | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 01 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐

Fecha de Corrección:

Revisión del INSPECTOR SST

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

| EBISU | INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO | CODIGO: FST.IN.04<br>VERSION: 01<br>FECHA: 15/12/2021 |
|---|---|---|

CENTRO DE TRABAJO: Campo Acosta

MARCA EQUIPO:

SEMANA: 21 al 26 / 04 / 25

AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD:

ACTIVIDAD: Anclajes hidrosanitarios

| ITEM<br>CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El portabroca en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| La [illegible] esta buenas condiciones. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | Santiago Torres | | Santiago Torres | | Santiago Torres | | Santiago Torres | | Santiago Torres | | Santiago Torres | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| David Santiago Torres | 1000128491 | Santiago Torres |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Freddy Parra M. | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: si ☐ no ☒ ☐

Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST:

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

EBISU

# INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO MANUAL ELECTRICO

CODIGO: FST.IN.04
VERSION: 01
FECHA: 18/12/2021

CENTRO DE TRABAJO: Colegio Bosto
MARCA EQUIPO: Bosch
SEMANA: 21 al 26 / 04 / 24
AREA EN LA QUE SE REALIZARA LA ACTIVIDAD: Torre A y B
ACTIVIDAD: Anclajes electricos

| ITEM / CONDICIONES DEL EQUIPO | LUNES SI | LUNES NO | MARTES SI | MARTES NO | MIERCOLES SI | MIERCOLES NO | JUEVES SI | JUEVES NO | VIERNES SI | VIERNES NO | SABADO SI | SABADO NO | DOMINGO SI | DOMINGO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| La carcasa se encuentra en buen estado y ajustada al taladro | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Carcasa libre de aceites o grasas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El mango presenta un diseño ergonomico y funcional | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Mango auxiliar debidamente ajustado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuenta con guarda de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| [illegible] portabroca en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Herramienta de ajuste esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El vástago se encuentra en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El interruptor esta en buen estado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El cable de alimentación se encuentra en buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla para polvo y material particulado | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Gafas de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Protectores auditivos inserción y copa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Guantes de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Casco con barbuquejo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| **CONDICIONES DE LA HERRAMIENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| La broca se encuentra bien ajustada | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| [illegible]ca esta buenas condiciones | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El diametro es el correcto | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Su condicion de operación es normal | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | J. Bircño | | J. Bircño | | J. Bircño | | J. Bircño | | J. Bircño | | J. Bircño | | | |

| NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|
| Julian David Bircño P | 1032467146 | Julian D. Bircño P. |
| **NOMBRE COMPLETO DEL INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA DEL INSPECTOR SST** |
| Aron Perez M | | |

SEMANA DEL: 21 AL 26 DE 04 DE 2024

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI ☐ NO ☐ Fecha de Corrección:

Nombre del INSPECTOR SST

NOMBRE/APELLIDOS

Powered by CamScanner

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA | 31 | MES | 03 | AÑO | 2025 | PERMISO DE TRABAJO Nº: | #1 |
| LUGAR DE OPERACIÓN: | proyecto Boila Torre A y B | | | | | | | |
| EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN: | Troncadora, polidora, sierra, taladro, pluma grua | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: | Excavacion, Remoleo de obra | | | | | | | |
| EQUIPO QUE ELABORA EL | Trabajadores, Inspectores | | | | | | | |

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



Powered by CamScanner

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



Powered by CamScanner

| EBISU | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: FST-04 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | | Fecha: 15/09/2022 |

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

| FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO | | |
|---|---|---|
| | | |

| EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | ☐ | Guantes | ☐ | Mascara facial | ☐ | Lockout/Tagout | ☐ |
| Botas de seguridad | ☐ | Protección Respiratoria | ☐ | Chaleco reflectivo | ☐ | Permiso de Trabajo Riesgoso | ☐ |



Powered by CamScanner

| SECUENCIA DE ACTIVIDADES | | PELIGROS Y CONSECUENCIAS | | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de Seguridad | X | Protección Auditiva | X | Extintores | X | Charla pre-operacional | X |
| Overol | X | Equipos de protección contra caídas y entre paréntesis (arnés, conectores y anclajes | X | Barreras o aislamiento de áreas | X | Señalización y acordonamiento | X |
| Kit Invernal | | Dotación | | Polarización a tierra de equipos | | Otro ( ) | |



Powered by CamScanner

EBISU

# ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

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

| No | NOMBRES COMPLETOS | CEDULA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|---|
| 1 | Jaime Sanchez | 5122996 | |
| 2 | Luis Cocoba | 1044914018 | |
| 3 | Dino Alhamiranda Guerra | 50989201 | |
| 4 | LUIS ARGUE | 1032513039 | LUIS ARGUE |
| 5 | SEBASTIAN ESCOBAR ARANGO | 1069758965 | SEBASTIAN ESCOBAR |
| 6 | Hernan Vanegas | 75721 06 | |
| 7 | Alexander Lopez | 13563241 | |
| 8 | Yair Murillo | 1101899720 | |
| 9 | Sebastian Castro | 1000220457 | |
| 10 | Manuel Javier olaya angel | 87996129 | |
| 11 | WILSON ALONSO MOG | 1022957991 | |
| 12 | Ricardo Herrera L. | 1077344411 | |
| 13 | Julian David Briceño Patiño | 1032469146 | Julian D. Briceño P |
| 14 | EDILBERTO HIDALGO | 80362368 | |
| 15 | Carlos Alberto | 9755135 | |
| 16 | Cristian de la Hoz | 1102896714 | |



Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17 | Fabio Alfredo Acosta E. | 2001045259 | |
| 18 | Jose D. Bello conde | 1003045086 | |
| 19 | Alex R Rojas Lopez | 1003656243 | |
| 20 | Andres Felipe R | 72169721666 | |
| 21 | Mayes Campos | 80749952 | |
| 22 | Dimas Mendoza | 1097775 | |
| 23 | Heiman Pamplona | 70466659 | Heiman P. |
| 24 | Danny Alvarez | 1019629477 | |
| 25 | Jose Higuera | 1001297434 | Jose H |
| 26 | Arismendi TORRES | 79829346 | |
| 27 | David Santiago Torres | 1000128491 | Santiago Torres |
| 28 | Ciro Cardozo | 19353557 | |
| | Eliezer Osorio | 1063164092 | |



Powered by CamScanner

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA | 14 | MES | 04 | AÑO | 2023 | PERMISO DE TRABAJO Nº: | # ! |
| LUGAR DE OPERACIÓN: | Colegio Bastal | | | | | | | |
| EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN: | Taladro, sierra, pulidora, Trozadora, cuchilla, martillo, pica, pala | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: | Instalaciones electricas e hidrosanitarias, excavacion manual, encofrado de escaleras. | | | | | | | |
| EQUIPO QUE ELABORA EL ATS: | Marcho, Insp SST | | | | | | | |

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



Powered by CamScanner

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

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



Powered by CamScanner

EBISU

# ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

| | |
|---|---|
| Código: | FST-08 |
| Versión: | 00 |
| Fecha: | 13/03/2023 |

| SECUENCIA DE ACTIVIDADES | PELIGROS Y CONSECUENCIAS | | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|
| | | | USO PERMANENTE DE EPPS ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD<br>CAPACITACION PERSONALIZADA PAUSAS ACTIVAS<br>REGISTRO DE ACTIVIDADES<br>PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD<br>INSPECCION DE LOS EQUIPOS A UTILIZAR<br>USO CORRECTO DE LOS EPPS |
| | | | USO PERMANENTE DE EPP CAPACITACION PERSONALIZADA<br>PAUSAS ACTIVAS REGISTRO DE ACTIVIDADES<br>PRECAUCION EN LA ACTIVIDAD |

FIRMA RESPONSABLE/ENCARGADO DE TRABAJO

## EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | ☑ | Guantes | ☑ | Mascara facial | ☑ | Uniforme/Ropa | ☐ |
| Botas de seguridad | ☑ | Protección Respiratoria | ☑ | Chaleco reflectivo | ☐ | Permiso de Trabajo Requerido | ☐ |
| Gafas de Seguridad | ☑ | Protección Auditiva | ☑ | Extintores | ☐ | Charla pre operacional | ☑ |
| Casco | ☑ | Equipos de protección contra caídas y arnés paracaidista (arnés, conectores y amarres) | ☑ | Barreras y señalización de áreas | ☐ | Señalización y acordonamiento | ☐ |
| No Aplica | ☑ | Otros | ☐ | Protección a borde de taludes | ☐ | Otro | ☐ |

Este documento impreso es considerado copia no controlada

1 de 2

Powered by CamScanner

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

| No | NOMBRES COMPLETOS | CEDULA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|---|
| 1 | Fausto Sanchez | 5172996 | |
| 2 | Irma Altamiranda | 50989101 | |
| 3 | Yulianis Cuero Arroyo | 1003063479 | |
| 4 | Luis Alejandro Ayague | 1032513039 | Luis Ayague |
| 5 | Rafael G. Herrera R. | 1127394477 | |
| 6 | Diego Ospino | 1063164091 | |
| 7 | Sebastian Escobar Zapata | 1067758963 | Sebastián Escobar |
| 8 | Hernan Yamir Daza angulo | 57946119 | |
| 9 | Andres Felipe R | 7216976666 | |
| 10 | Alexander Lopez | 1556591 | |



Powered by CamScanner

EBISU

# ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | [illegible] | 97551357 | |
| 12 | Hernan Zamudio | 97572106 | |
| 13 | [illegible] | 71[illegible]714 | |
| 14 | [illegible] | [illegible] | |
| 15 | Jose D. Bermudez Conde | 1003045086 | |
| 16 | Dennis Mendoza | 1097775 | |
| 17 | Hernan Pamplona | 70466659 | Hernan PC. |
| 18 | Hernan DIAZ | 1010840357 | |
| 19 | Raul Jesus Tovar | 1002840[illegible] | |
| 20 | Anastacio Tovar S | 79879346 | |
| 21 | Jose Herrera | 1012974341 | Jose H |
| 22 | | | |



Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |



Powered by CamScanner

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA | 21 | MES | 04 | AÑO | 25 | PERMISO DE TRABAJO Nº: #1. |
| LUGAR DE OPERACIÓN: | Colegio Isaita. | | | | | | |
| EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN: | Taladro, pulidora, Tronzadora, pala, pica, barra, camotilla | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: | Instalaciones electricas e hidrosanitarias, Excavacion, fundida, armada de fundida, Remates | | | | | | |
| EQUIPO QUE ELABORA EL ATS: | Residente SST, Maestro. | | | | | | |

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



Powered by CamScanner

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



Powered by CamScanner

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

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

**FIRMA REPRESENTANTES EQUIPO DE TRABAJO:**

| | | |
|---|---|---|
| | | |

**EQUIPAMIENTO Y RECOMENDQCIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO**

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



Powered by CamScanner

EBISU

# ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

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

| No | NOMBRES COMPLETOS | CEDULA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|---|
| 1 | FAUSTO SANCHEZ | 5122996 | |
| 2 | Dina Altamiranda. | 509892O1 | Dina T. |
| 3 | Yuliannis Guerra. | 1003063479 | Yuliannis G. |
| 4 | Rafael Herrera R. | 1172749977 | |
| 5 | LUIS ARAGUA | 103C513039 | LUIS ARAGUA |
| 6 | SEBASTIAN ESCOBAR ZAPATA | 1069758763 | SEBASTIAN ESCOBAR Z |
| 7 | Hernan Yangoatui | 87572106 | |
| 8 | Andres Felipe P | 1216976666 | |
| 9 | Mauricio Contreras Lizarazo | 79.875.719 | |
| 10 | Hernan pamplona | 70466659 | Hernan P. |



Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | Mauricio Olaya | 57 476 129 | |
| 12 | Alexander Lopez | 1356324 | |
| 13 | Jose D. Soto | 1003045086 | |
| 14 | Pablo Alvarez Guerrero | 1022355554. | |
| 15 | Cesar Osorio | 1063164096 | |
| 16 | Luis Mendoza | 1097775 | |
| 17 | JAY D REYES LOPEZ | 1003656243 | |
| 18 | Santiago Torres | 1000128491 | Santiago Pro |
| 19 | ARISMEDI TORRES | 79829546 | |
| 20 | JOE HERRERA | 80129743 | Joe Herrera |
| 21 | Daniel Alvarez | 1019029993 | |
| 22 | | | |



Powered by CamScanner

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 23 | Jhon D Bucheo P. | 1032467146 | J. Bucheo |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |



Powered by CamScanner

EBISU

PERMISO DE TRABAJO PARA ACTIVIDADES ELÉCTRICAS

Código: FST-PR-03

Versión: 01

Fecha: 15/03/2023

## INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Mantenimiento Preventivo

Lugar: Colegio Anglo - Tenis Pago

Duración estimada: Desde 6/6/23 Número de personas en el trabajo: 7 personas

Hora aproximada: N/A

## PERSONAL AUTORIZADO PARA TRABAJO

| Nombre y apellido | N° cédula | Cargo | Certificado de competencia | Firma trabajador |
|---|---|---|---|---|
| Andrés Ramírez T. | 1.111.111.111 | Técnico | Si | |
| Johan Camilo Bonilla | 1.111.111.111 | Técnico | Si | |
| Andrés Felipe R. | 1.111.111.111 | Técnico | Si | |
| Edwin Orlando | 1.111.111.111 | Técnico | Si | |
| Diego Fernando | 1.111.111.111 | Técnico | Si | |
| Dr. Bruno | 1.111.111.111 | Técnico | Si | |

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

| | Requerido | | Verificado | |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | Si | No |
| 1. Identificación | | | | |
| 2. Áreas de trabajo marcadas con cinta de seguridad | | | | |
| 3. Tipo de instalación es: | | | | |
| Aérea | | | | |
| Subterránea | | | | |
| Mixta | | | | |
| Tipo tensión | | | | |
| 4. Circuitos de alimentación | | | | |
| Mantenimiento preventivo | | | | |
| Sistema de bloqueo y señalización | | | | |
| La instalación está desenergizada | | | | |
| Se tiene adecuada conexión a tierra | | | | |
| Polo descubierto | | | | |
| Cubierta contra incendio adecuada | | | | |
| Se requiere presencia permanente de un operario de electricidad | | | | |
| Otras precauciones. Cuales? | | | | |

## EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

| | Requerido | | Verificado | |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | Si | No |
| El personal requiere: | | | | |
| Casco | | | | |
| Botas de cuero de seguridad dieléctricas | | | | |
| Guantes dieléctricos | | | | |
| Gafas dieléctricas | | | | |
| Protección auditiva | | | | |
| Careta protectora | | | | |
| Arnés de seguridad | | | | |
| Taparte aislante | | | | |
| Otros EPP. Cuales? | | | | |

Observaciones Especiales:

## INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 6-JUN-23 | 8:00am | 24-JUN-23 | 5:00pm |
| | | | |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## FIRMAS

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



Powered by CamScanner

## EQUIPOS A UTILIZAR

- Talaladro
- Pinzas
- Alicates
- destornillador

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**



Powered by CamScanner

EBISU

CONSTRUIMOS EQUIDAD, BIENESTAR Y SUEÑOS

NIT 807.008.957-7

# REGISTRO DE ATS PREOPERACIONALES PERMISOS SST - SUBCONTRATISTAS

| | FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S) | CODIGO: SST-GAP-003<br>FECHA: 08/01/2020<br>VERSION: 02 |
|---|---|---|

Empresa: CAP
Area/Proceso: soldadura - pintura
Lugar de trabajo: Torre A y torre B — Ciudad: Bogota
Fecha de inicio realizacion del trabajo (dd/mm/aaaa): 1-1-CH-2025 — Ubicación donde se realiza el trabajo: Colegio bosta
Hora de inicio (a.m./p.m.): 7:00 AM — Fecha de finalizacion de trabajo (dd/mm/aaaa): 26-04-2025
Descripción de la tarea a realizar: armado de estructura metalica con soldadura de arco electrico y soldadura MIG — Hora de finalización (a.m./p.m.): 5:30 PM

| TRABAJO EN ALTURA | | PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE: | | |
|---|---|---|---|---|
| ENERGIAS PELIGROSAS | x | ESPACIO CONFINADO | CALIENTE | x |
| | | OTRO, CUAL? | | |

| Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor) | Firma |
|---|---|
| 1033222846 Jeff Pire. | |

| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | | EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR<br>*Indique cada una de las herramientas a utilizar.* |
|---|---|---|
| Manuales | x | pinzas, corta frios, destornillador de estrella y de pala, martillo, cinces, llaves tqas, alicate de presion, escuadra, nivel, nivel imantado, caja de construion |
| Eléctricas | x | pulidora, equipo para soldar, compresor, sierra manual |
| Neumaticas | | |
| Hidraulicas | | |
| Mecánicas | | |
| Otras | x | equipo oxicorte, carrito semiautomatico para corte (oxicorte y plasma) |

| ANALISIS DE LA TAREA | |
|---|---|
| ¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo? ( despues de dos metros cumnplir con requisitos y permiso de trabajo en altura) | 16 metros |
| ¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo? | andamio y escaleras |
| ¿Se han establecido los puntos de anclaje? | |
| ¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caida? | si |
| ¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos? | anti caida y trabajo en caliente |
| ¿Cuáles son los elementos de protección requeridos? | arnes, eslinga, casco, guante, mascarilla, gafas |
| ¿Cuántos trabajadores se requieren? | 10 |
| ¿Qué materiales y recursos van a utilizarse? | pintura, soldaura,disco de corte, disco de pulir |
| ¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo? | no |
| ¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo? | no |
| ¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.) | no |

Powered by CamScanner

| Pasos detallados de la tarea | Peligros existentes y potenciales | Consecuencias | Controles Requeridos |
|---|---|---|---|
| limpieza de material metálico con pulidora utilizando disco de pulir | **Física:** ruido, vibración<br>**Química:** humo, material particulado<br>**condiciones de seguridad (mecánica):** atrapamiento, golpes, corte, caida de objetos<br>**biomecánica:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**eléctrica** : alta tensión | * lesiones particularmente en ojos y manos<br>*problemas respiratorio por inhalación de particulas<br>*descargas electricas<br>* atrapamientos de miembros<br>* problemas auditivos<br>* daños musculares por vibraciones | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elementos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de careta transparente<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas |
| corte de material metálico con pulidora utilizando disco de corte o con sierra manual | **Física:** ruido, vibración<br>**Química:** humo, material particulado<br>**condiciones de seguridad (mecánica):** atrapamiento, golpes, corte, caida de objetos<br>**biomecánica:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**eléctrica** : alta tensión<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * lesiones como cortes principalmente en ojos y manos<br>*problemas respiratorio por inhalación de particulas<br>*descargas electricas<br>* atrapamientos de miembros<br>* perdida de miembros<br>* problemas auditivos<br>* daños musculares por vibraciones<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas) atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | * inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elementos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de careta transparente<br>* uso de mascara con filtros<br>*utilizar guantia de seguridad para pulidora<br>* supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas<br>* uso de equipo de protección anti caida |
| [illegible] eza de material utilizando tiner o gasolina para su respectiva pintura | **química:** liquido ( neblia y rocio), gases y vapores<br>**biomecánica:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**mecánica:** golpes, caida de objeto | * problemas respiratorios<br>* golpes y atrapamiento en miembros | * señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de mascarilla con filtros<br>* realización de pausas activas<br>* marcaciones de recipientes antes durante y despues de su uso |
| pintura de estructura y materiales metalicos | **química:** liquido ( neblia y rocio), gases y vapores<br>**biomecánica:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**mecánica:** golpes, caida de objeto<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * problemas respiratorios<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas) atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspección de equipo (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de mascarilla con filtros<br>* realización de pausas activas<br>*marcaciones de recipientes antes durante y despues de su uso<br>* uso de equipo de protección anti caida |
| armado de pieza con soldadura de arco eléctrico y soldadura MIG | **Física:** ruido, radiación no ionizantes, temperatura alta<br>**Química:** material particulado, gases y vapores, humos metalicos<br>**condiciones de seguridad (mecánica):** atrapamiento, golpes, caida de objetos, tecnologico ( explosión, fuga, incendio)<br>**biomecánica:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**eléctrica** : alta tensión | * incendio y explosiones<br>* problemas respiratorios<br>*quemaduras<br>*lesiones oculares<br>* descargas electricas<br>*radiación ultravioletas e infrarrojas | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>*uso de guantes para soldar, peto de carnaza y camisa manga larga<br>* uso de careta para soldar<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>realización de pausas activas<br>*edintar minimo a tres metros de distancia |
| armado de estructura metálica utilizando soldadura de arco eléctrico y soldadura MIG | **Física:** ruido, radiación no ionizantes, temperatura alta<br>**Química:** material particulado, gases y vapores, humos metalicos<br>**condiciones de seguridad (mecánica):** atrapamiento, golpes, caida de objetos, tecnologico ( explosión, fuga, incendio)<br>**biomecánica:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura<br>**eléctrica** : alta tensión | * incendio y explosiones<br>* problemas respiratorios<br>*quemaduras<br>*lesiones oculares<br>* descargas electricas<br>*radiación ultravioletas e infrarrojas<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas) atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>*uso de guantes para soldar, peto de carnaza y camisa manga larga<br>* uso de careta para soldar<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>realización de pausas activas<br>*edintar minimo a tres metros de distancia<br>*marcaciones de papeltas de dioxido de carbono antes durante y despues de su uso<br>* uso de equipo de protección anti caida |
| corte de material metálico o laminas con equipo de oxicorte y carrito semiautomatico para corte (oxicorte y plasma) | **Física:** ruido, temperatura alta<br>**Química:** material particulado , gases y vapores , humos metalicos<br>**condiciones de seguridad (mecánica) (locativa):** atrapamiento, golpes, corte, caida de objetos<br>**biomecánica:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * lesiones particularmente en ojos y manos<br>*problemas respiratorio por inhalación de particulas<br>* problemas auditivos<br>* incendio y explosione<br>*quemaduras<br>*lesiones oculares<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas) atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de careta transparente<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas<br>*marcaciones de plantas para oxicorte antes durante y despues de su uso<br>*equipo de protección anti caida<br>*edintar minimo a tres metros de distancia |
| [illegible] de estructura estructura para soltar y [illegible] en posicion | **condiciones de seguridad (mecánica) (locativa):** atrapamiento, golpes, caida de objetos (caida de estructura metalica)<br>**biomecánica:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * lesiones a los operadores<br>*caida de carga<br>*golpes contra objetos fijo o moviles<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas) atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elementos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas<br>*equipo de protección anti caida |

Powered by CamScanner

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

- [ ] Si, deténgase y no proceda con la tarea.
- [x] No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

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

- [x] Si, proceda con la tarea.
- [ ] No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

**EVALUACION DEL RIESGO**

Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta

| Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor) | Firma |
| --- | --- |
| Jean Perez 1003128334 | |

| Nombre y Cedula de la persona (Emisor) | Firma |
| --- | --- |
| Brian Fernandez | |

Powered by CamScanner

| | FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S) | CODIGO: SST-CAP-003 |
|---|---|---|
| | | FECHA: 06/01/2025 |
| | | VERSION: 02 |

Empresa: Cap

Área/Proceso: soldaura - pintura

Ciudad: Bogota

Lugar de Trabajo: Torre A y torre B

Ubicación donde se realiza el trabajo: Colegio boita

Fecha de Inicio realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 14-04-2025

Fecha de finalizaion de Trabajo (dd/mm/aaaa): 14-04-2025

Hora de Inicio (a.m./p.m.): 7:00 AM

Hora de Finalización (a.m./p.m.): 5:30 Pm

Descripción de la tarea a realizar: armado de estructura metalica con soldadura de arco electrico y soldadura MIG

**PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TRABAJO EN ALTURA | x | ESPACIO CONFINADO | | CALIENTE | x |
| ENERGIA PELIGROSAS | | OTRO, CUAL? | | | |

| Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor) | Firma |
|---|---|
| 1003222840 Jeiv Tuta | |

**EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR**

| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | | *Indique cada una de las herramientas a utilizar.* |
|---|---|---|
| Manuales | X | pinzas. corta frios, destornillador de estrella y de pala, martillo, cincel, llaves tijas, alicate de presion, escuadra, nivel, nivel imantado, barra de construion |
| Eléctricas | X | pulidora, equipo para soldar, compresor, sierra manual |
| Neumáticas | | |
| Hidráulicas | | |
| Mecánicas | | |
| Otras | x | equipo oxicorte, carrito semiautomatico para corte (oxicorte y plasma) |

**ANALISIS DE LA TAREA**

| | |
|---|---|
| ¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo? ( despues de dos metros cumnplir con requisitos y permiso de trabajo en altura) | 16 metros |
| ¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo? | andamio y escaleras |
| ¿Se han establecido los puntos de anclaje? | |
| ¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caida? | si |
| ¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos? | anti caida y trabajo en caliente |
| ¿Cuáles son los elementos de protección requeridos? | arnes, eslinga, casco, guante, mascarilla, gafas |
| ¿Cuántos trabajadores se requieren? | 10 |
| ¿Qué materiales y recursos van a utilizarse? | pintura, soldaura,disco de corte, disco de pulir |
| ¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo? | no |
| ¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo? | no |
| ¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.) | no |

Powered by CamScanner

| Pasos detallados de la tarea | Peligros existentes y potenciales | Consecuencias | Controles Requeridos |
|---|---|---|---|
| limpieza de material metálico con pulidora utilizando disco de pulir | **Físico:** ruido, vibración<br>**Químico:** humo, material particulado<br>**condiciones de seguridad (mecánico):** atrapamiento, golpes, corte, caida de objetos<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**eléctrico :** alta tensión | * lesiones particularmente en ojos y manos<br>*problemas respiratorio por inhalación de particulas<br>*descargas eléctricas<br>* atrapamientos de miembros<br>* problemas auditivos<br>* daños musculares por vibraciones | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de careta transparente<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas |
| corte de material metálico con pulidora utilizando disco de corte o con sierra manual | **Físico:** ruido, vibración<br>**Químico:** humo, material particulado<br>**condiciones de seguridad (mecánico):** atrapamiento, golpes, corte, caida de objetos<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**eléctrico** : alta tensión<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * lesiones como cortes principalmente en ojos y manos<br>*problemas respiratorio por inhalación de particulas<br>*descargas eléctricas<br>* atrapamientos de miembros<br>* perdida de miembros<br>* problemas auditivos<br>* daños musculares por vibraciones<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas) atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | * inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elementos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de careta transparente<br>* uso de mascara con filtros<br>*utilizar guarda de seguridad para pulidora<br>* supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas<br>* uso de equipo de proteccion anti caida |
| ieza de material utilizando tiner o gasolina para su respectiva pintura | **quimico:** liquido ( niebla y rocio), gases y vapores<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**mecánico:** golpes, caida de objeto | * problemas respiratorios<br>* golpes y atrapamiento en miembros | * señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de mascarilla con filtros<br>* realización de pausas activas<br>* marcaciones de recipientes antes durante y después de su uso |
| pintura de estructura y materiales metalicos | **quimico:** liquido ( niebla y rocio), gases y vapores<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**mecánico:** golpes, caida de objeto<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * problemas respiratorios<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas) atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspeccion de equipo (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de mascarilla con filtros<br>* realización de pausas activas<br>*marcaciones de recipientes antes durante y después de su uso<br>* uso de equipo de proteccion anti caida |
| armado de pieza con soldadura de arco eléctrico y soldadura MIG | **Físico:** ruido, radiación no ionizantes, temperatura alta<br>**Químico:** material particulado, gases y vapores, humos metalicos<br>**condiciones de seguridad (mecánico):** atrapamiento, golpes, caida de objetos, tecnológico ( explosión, fuga, incendio)<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**eléctrico :** alta tensión | * incendio y explosiones<br>* problemas respiratorios<br>*quemaduras<br>*lesiones oculares<br>* descargas eléctricas<br>*radiación ultravioletas e infrarrojas | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>*uso de guantes para soldar, peto de carnaza y camisa manga larga<br>* uso de careta para soldar<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>realización de pausas activas<br>*extintor mínimo a tres metros de distancia |
| v pel armado de estructura metálica utilizando soldadura de arco eléctrico y soldadura MIG | **Físico:** ruido, radiación no ionizantes, temperatura alta<br>**Químico:** material particulado, gases y vapores, humos metalicos<br>**condiciones de seguridad (mecánico):** atrapamiento, golpes, caida de objetos, tecnológico ( explosión, fuga, incendio)<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura<br>**eléctrico** : alta tensión | * incendio y explosiones<br>* problemas respiratorios<br>*quemaduras<br>*lesiones oculares<br>* descargas eléctricas<br>*radiación ultravioletas e infrarrojas<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas) atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>*uso de guantes para soldar, peto de carnaza y camisa manga larga<br>* uso de careta para soldar<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>realización de pausas activas<br>*extintor mínimo a tres metros de distancia<br>*marcaciones de pipetas de dioxido de carbono antes durante y después de su uso<br>* uso de equipo de proteccion anti caida |
| corte de material metálico o laminas con equio de oxicorte y carrito semiautomatico para corte (oxicorte y plasma) | **Físico:** ruido, temperatura alta<br>**Químico:** material particulado , gases y vapores , humos metalicos<br>**condiciones de seguridad (mecánico) (locativo):** atrapamiento, golpes, corte, caida de objetos<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * lesiones particularmente en ojos y manos<br>*problemas respiratorio por inhalación de particulas<br>* problemas auditivos<br>* incendio y explosione<br>*quemaduras<br>*lesiones oculares<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas) atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de careta transparente<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas<br>*marcaciones de pipetas para oxicorte antes durante y después de su uso<br>*equipo de proteccion anti caida<br>*extintor mínimo a tres metros de distancia |
| izaje de estructura estructura para soltar y dejarlo en posicion | **condiciones de seguridad (mecánico) (locativo):** atrapamiento, golpes, caida de objetos (caida de estructura metalica)<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * lesiones a los operadores<br>*caida de carga<br>*golpes contra objetos fijo o moviles<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas) atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elementos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas<br>*equipo de proteccion anti caida |

Powered by CamScanner

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

- [ ] Si, detengase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta
- [x] No, continue con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

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

- [x] Si, proceda con la tarea.
- [ ] No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

EVALUACION DEL RIESGO

**Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)**

Juan Jose 603128 H.

Firma

**Nombre y Cedula de la persona (Emisor)**

Cesar Fernandez

Firma

| | FORMATO ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (A.T.S) | CODIGO: SST-CAP-003<br>FECHA: 06/01/2025<br>VERSION: 02 |
|---|---|---|

Empresa: Cap

Área/Proceso: soldaura pintura — Ciudad: Bogota

Lugar de Trabajo: Torre A y torre B — Ubicación donde se realiza el trabajo: Colegio boita

Fecha de Inicio realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 7-04-2025 — Fecha de finalizaion de Trabajo (dd/mm/aaaa): 12-04-2025

Hora de Inicio (a.m./p.m.): 7:00 AM — Hora de Finalización (a.m./p.m.): 5: 30 Pm

Descripción de la tarea a realizar: armado de estructura metalica con soldadura de arco electrico y soldadura MIG

| TRABAJO EN ALTURA | | PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE: | | CALIENTE | X |
|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA PELIGROSAS | X | ESPACIO CONFINADO | | | |
| | | OTRO, CUAL? | | | |

| Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor) | Firma |
|---|---|
| 1003290330 Yuri Julieth Jeli Johan | |

| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | | EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR<br>*Indique cada uno de las herramientas a utilizar.* |
|---|---|---|
| Manuales | X | pinzas, corta fros, destornillador de estrella y de pala, martillo, cincel, llaves fijas, alicate de presion, escuadra, nivel, nivel imantado, barra de construion |
| Eléctricas | X | pulidora, equipo para soldar, compresor, sierra manual |
| Neumáticas | | |
| Hidráulicas | | |
| Mecánicas | | |
| Otras | x | equipo oxicorte, carrito semiautomatico para corte (oxicorte y plasma) |

| ANALISIS DE LA TAREA | |
|---|---|
| ¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo? ( despues de dos metros cumnplir con requisitos y permiso de trabajo en altura) | 16 metros |
| ¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo? | andamio y escaleras |
| ¿Se han establecido los puntos de anclaje? | |
| ¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caida? | si |
| ¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos? | anti caida y trabajo en caliente |
| ¿Cuáles son los elementos de protección requeridos? | arnes, eslinga, casco, guante, mascarilla, gafas |
| ntos trabajadores se requieren? | 10 |
| e materiales y recursos van a utilizarse? | pintura, soldaura,disco de corte, disco de pulir |
| ¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo? | no |
| ¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo? | no |
| ¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.) | no |

Powered by CamScanner

| Pasos detallados de la tarea | Peligros existentes y potenciales | Consecuencias | Controles Requeridos |
|---|---|---|---|
| limpieza de material metálico con pulidora utilizando disco de pulir | **Físico:** ruido, vibración<br>**Químico:** humo, material particulado<br>**condiciones de seguridad (mecánico):** atrapamiento, golpes, corte, caida de objetos<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**eléctrico :** alta tensión | * lesiones particularmente en ojos y manos<br>*problemas respiratorio por inhalación de particulas<br>*descargas eléctricos<br>* atrapamientos de miembros<br>* problemas auditivas<br>* daños musculares por vibraciones | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de careta transparente<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas |
| corte de material metálico con pulidora utilizando disco de corte o con sierra manual | **Físico:** ruido, vibración<br>**Químico:** humo, material particulado<br>**condiciones de seguridad (mecánico):** atrapamiento, golpes, corte, caida de objetos<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**eléctrico :** alta tensión<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * lesiones como cortes principalmente en ojos y manos<br>*problemas respiratorio por inhalación de particulas<br>*descargas eléctricas<br>* atrapamientos de miembros<br>* perdida de miembros<br>* problemas auditivas<br>* daños musculares por vibraciones<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas)<br>atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | * inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elementos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de careta transparente<br>* uso de mascara con filtros<br>*utilizar guarda de seguridad para pulidora<br>* supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas<br>* uso de equipo de proteccion anti caida |
| eza de material utilizando tiner o gasolina para su respectiva pintura | **químico:** liquido ( niebla y rocio), gases y vapores<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**mecánico:** golpes, caida de objeto | * problemas respiratorios<br>* golpes y atrapamiento en miembros | * señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de mascarilla con filtros<br>* realización de pausas activas<br>* marcaciones de recipientes antes durante y después de su uso |
| pintura de estructura y materiales metalicos | **químico:** liquido ( niebla y rocio), gases y vapores<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**mecánico:** golpes, caida de objeto<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * problemas respiratorios<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas)<br>atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspeccion de equipo (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de mascarilla con filtros<br>* realización de pausas activas<br>*marcaciones de recipientes antes durante y después de su uso<br>* uso de equipo de proteccion anti caida |
| armado de pieza con soldadura de arco eléctrico y soldadura MIG | **Físico:** ruido, radiación no ionizantes, temperatura alta<br>**Químico:** material particulado, gases y vapores, humos metalicos<br>**condiciones de seguridad (mecánico):** atrapamiento, golpes, caida de objetos, tecnológico ( explosión, fuga, incendio)<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**eléctrico :** alta tensión | * incendio y explociones<br>* problemas respiratorios<br>*quemaduras<br>*lesiones oculares<br>* descargas eléctricas<br>*radiación ultravioletas e infrarrojas | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>*uso de guantes para soldar, peto de carnaza y camisa manga larga<br>* uso de careta para soldar<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>realización de pausas activas<br>*extintor mínimo a tres metros de distancia |
| do de estructura metálica utilizando soldadura de arco eléctrico y soldadura MIG | **Físico:** ruido, radiación no ionizantes, temperatura alta<br>**Químico:** material particulado, gases y vapores, humos metalicos<br>**condiciones de seguridad (mecánico):** atrapamiento, golpes, caida de objetos, tecnológico ( explosión, fuga, incendio)<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura<br>**eléctrico :** alta tensión | * incendio y explosiones<br>* problemas respiratorios<br>*quemaduras<br>*lesiones oculares<br>* descargas eléctricas<br>*radiación ultravioletas e infrarrojas<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas)<br>atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>*uso de guantes para soldar, peto de carnaza y camisa manga larga<br>* uso de careta para soldar<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>realización de pausas activas<br>*extintor mínimo a tres metros de distancia<br>*marcaciones de pipetas de dioxido de carbono antes durante y después de su uso<br>* uso de equipo de proteccion anti caida |
| corte de material metálico o laminas con equio de oxicorte y carrito semiautomatico para corte (oxicorte y plasma) | **Físico:** ruido, temperatura alta<br>**Químico:** material particulado , gases y vapores , humos metalicos<br>**condiciones de seguridad (mecánico) (locativo):** atrapamiento, golpes, corte, caida de objetos<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada,<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * lesiones particularmente en ojos y manos<br>*problemas respiratorio por inhalación de particulas<br>* problemas auditivas<br>* incendio y explosione<br>*quemaduras<br>*lesiones oculares<br>* caida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas)<br>atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elemetos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>* uso de careta transparente<br>uso de mascara con filtros<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas<br>*marcaciones de pipetas para oxicorte antes durante y después de su uso<br>*equipo de proteccion anti caida<br>*extintor mínimo a tres metros de distancia |
| izaje de estructura estructura para soltar y dejarlo en posicion | **condiciones de seguridad (mecánico) (locativo):** atrapamiento, golpes, caida de objetos (caida de estructura metalica)<br>**biomecánico:** movimiento repetitivo sobreesfuerzo, postura prolongada<br>**condiciones de seguridad:** trabajo en altura | * lesiones a los operadores<br>*caida de carga<br>*golpes contra objetos fijo o moviles<br>* xaida de objetos<br>* golpes (traumas, fracturas)<br>atrapamiento<br>*caidas a diferente nivel<br>*fallo de equipos y elementos<br>*colapso de andamio | *inspección de equipo y elementos (inspección de equipos y elementos)<br>* señalización de área<br>* uso de elementos de protección personal<br>*supervisión de movimientos mientras se realiza la actividad<br>* realización de pausas activas<br>*equipo de proteccion anti caida |

Powered by CamScanner

**¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?** **EVALUACION DEL RIESGO**

☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea.

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

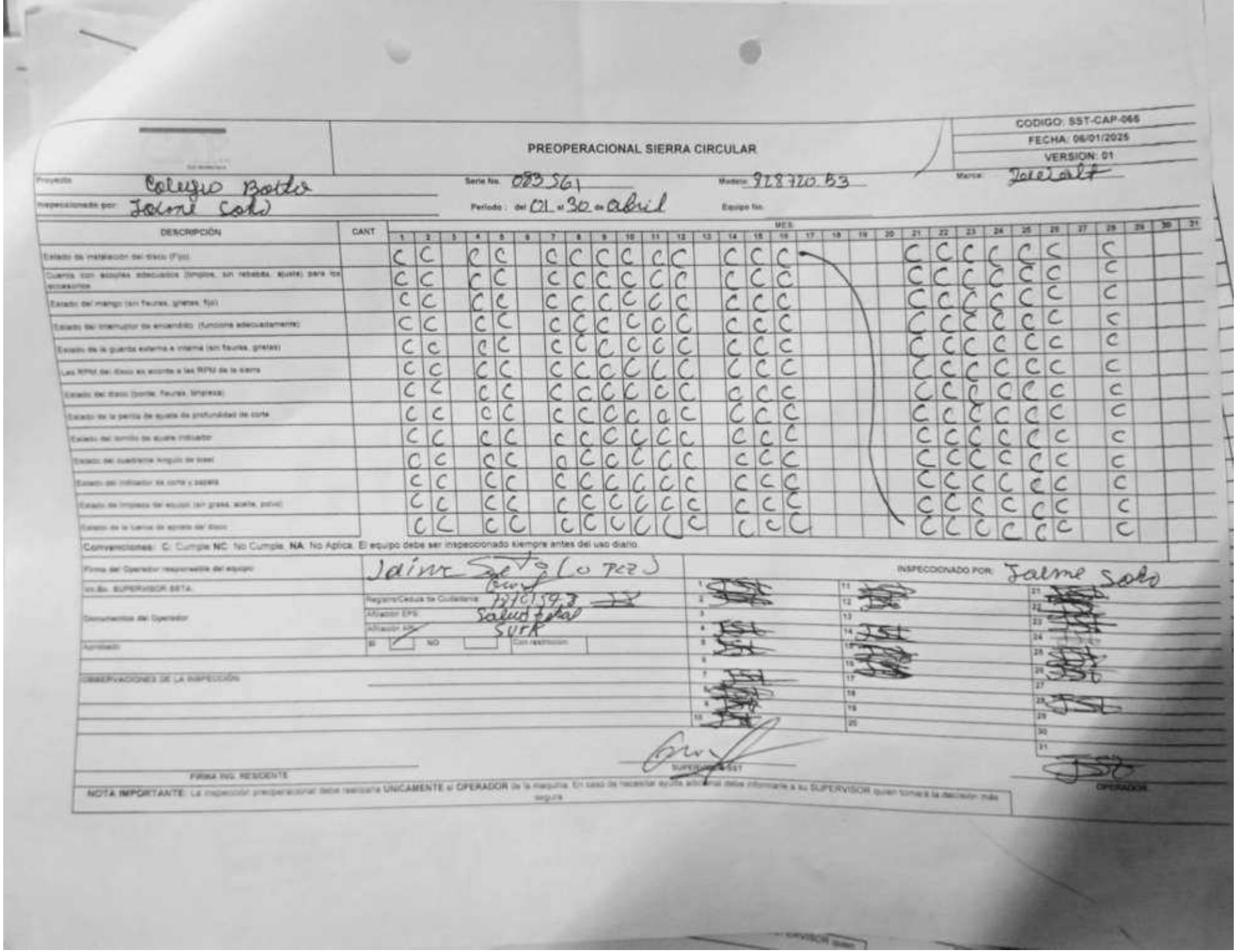
**¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?**

☑ Si, proceda con la tarea.

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

| Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor) | Firma |
| --- | --- |
| 1003108926 Perez Salcedo Jeiri Johan | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| r3r | |
| Nombre y Cedula de la persona (Emisor) | Firma |
| Oscar Fernandez | |

Powered by CamScanner



PREOPERACIONAL SIERRA CIRCULAR

CODIGO: SST-CAP-065
FECHA: 06/01/2025
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolivia — Serie No.: 083561 — Modelo: 928720.53 — Marca: Dalcalt
Inspeccionado por: Jaime Soto — Periodo: del 01 al 30 de Abril — Equipo No.:

| DESCRIPCIÓN | CANT | MES 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado de instalación del disco (Fijo) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Cuenta con arandelas adecuadas (limpias, sin rebabas, ajuste) para los accesorios | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del mango (sin fisuras, grietas, fijo) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del interruptor de encendido (funciona adecuadamente) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la guarda externa e interna (sin fisuras, grietas) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Las RPM del disco es acorde a las RPM de la sierra | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del disco (corte, fisuras, limpieza) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la perilla de ajuste de profundidad de corte | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del tornillo de ajuste indicador | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del cuadrante ángulo de inserción | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del indicador de corte y sierra | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de limpieza del equipo (sin grasa, aceite, polvo) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la cuerda de ajuste del disco | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |

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

Firma del Operador responsable del equipo: Jaime Soto (LOPEZ)
Vo.Bo. SUPERVISOR SST/A:
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1121C1597 — Afiliación EPS: Salud Total — Afiliación ARL: SURA
Aprobado: SI [ ] NO [ ] Con restricción [ ]

INSPECCIONADO POR: Jaime Soto

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

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE — SUPERVISOR SST — OPERADOR

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

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

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

Proyecto: Colegio Bosta
Serie No. 252893420140
Modelo: UHY 200618
Marca: TUCCO
Inspeccionado por: Hendrick Ustero
Periodo: del 01 al 30 de Abril
Equipo No.

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

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

Firma del Operador responsable del equipo: Hendrick
Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía 1064805135; Afiliación EPS: Sanitas; Afiliación ARL: Sura
Aprobado: SI [✓] NO [ ] Con restricción [ ]

INSPECCIONADO POR: Hendrick Ustero

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

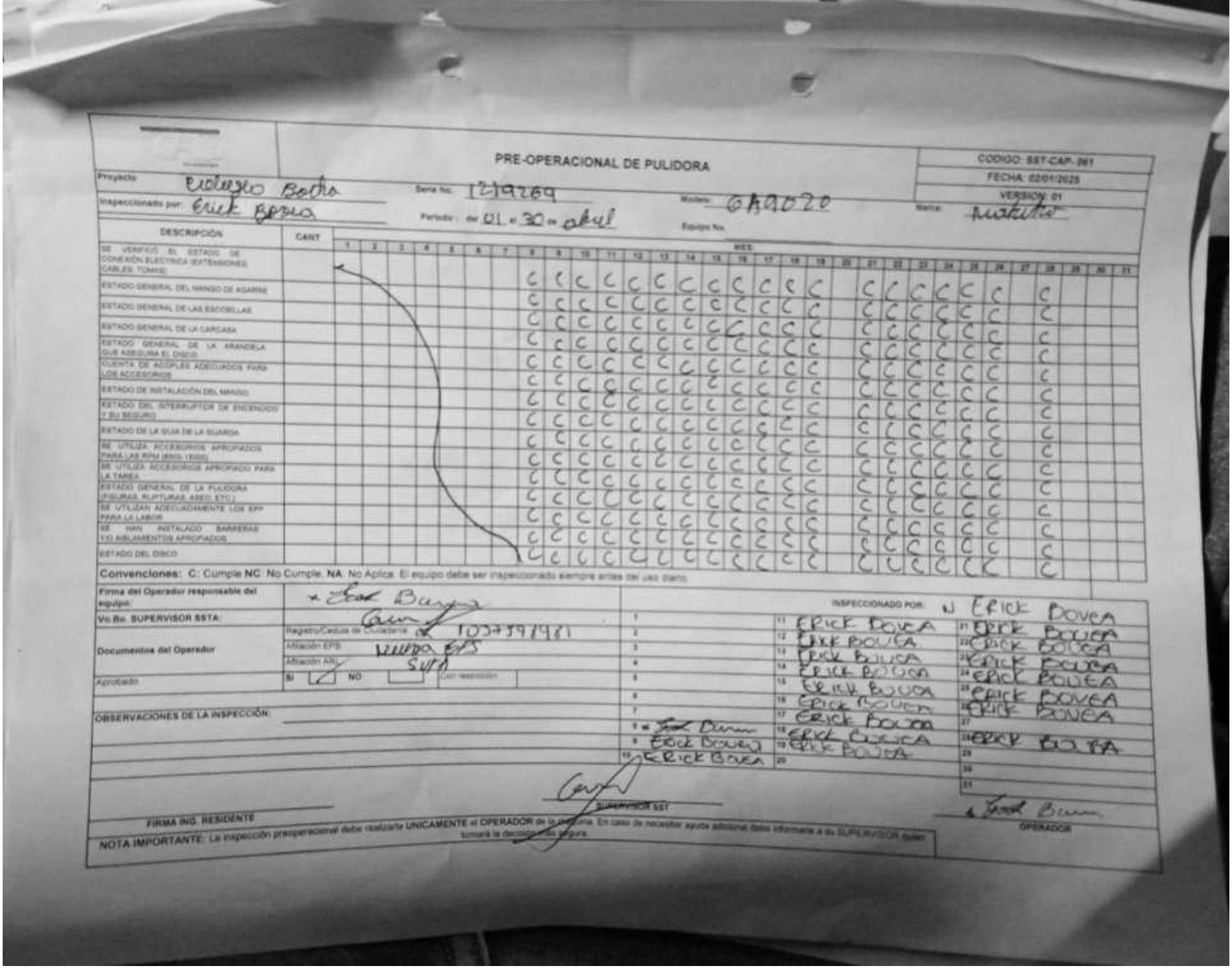
OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE / SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

Powered by CamScanner



# PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

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

Proyecto: Polanco Botia
Serie No: 219269
Modelo: GA9020
Marca: Makita
Inspeccionado por: Erick Bouca
Periodo: del 01 al 30 de abril
Equipo No.

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

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

**Firma del Operador responsable del equipo:** Erick Bouca

**Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:** Carl

**Documentos del Operador**

Registro/Cedula de Ciudadanía: 1037591981
Afiliación EPS: Sura
Afiliación ARL: Sura
Aprobado: SI [X] NO [ ] Con restricción [ ]

**OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:**

**INSPECCIONADO POR:**

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

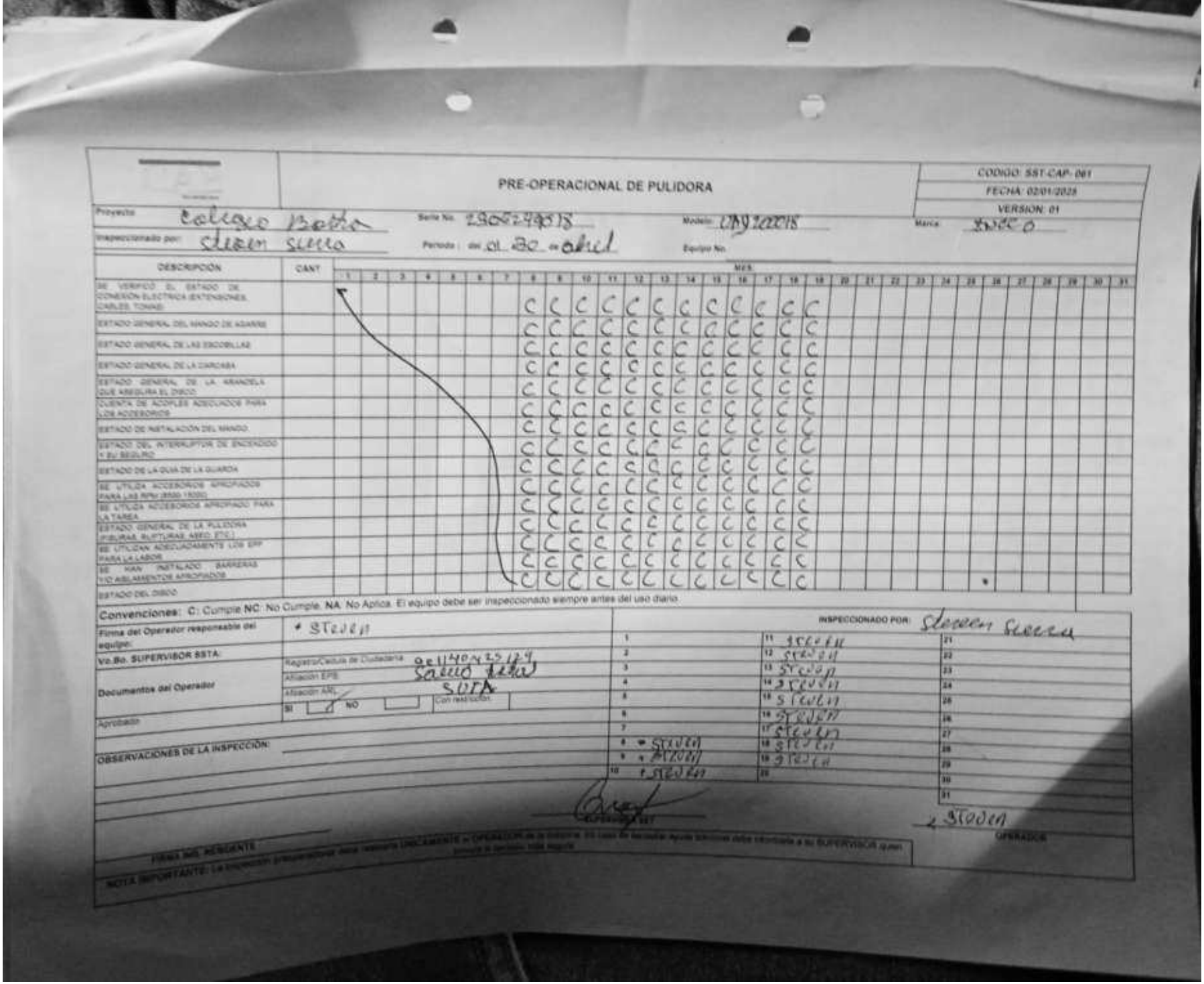
SUPERVISOR SST

FIRMA ING. RESIDENTE

Erick Bouca
OPERADOR

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

Powered by CamScanner



PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP- 001
FECHA: 02/01/2023
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bella
Inspeccionado por: Steven Sierra
Serie No.: 2305279515
Periodo: del 01 al 30 de abril
Modelo: DW712015
Equipo No.:
Marca: DEWALT

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

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

Firma del Operador responsable del equipo: Steven

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía 1140825124; Afiliación EPS: Sanitas; Afiliación ARL: SURA

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

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Steven Sierra

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

Steven

SUPERVISOR SST

OPERADOR

FIRMA INGENIERO

NOTA IMPORTANTE: La inspección pre-operacional debe realizarse DIARIAMENTE a la operación de la máquina. En caso de encontrar alguna condición insegura informarla a su SUPERVISOR inmediato y no operar hasta tanto sea reparada.

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

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

Proyecto: Colegio Bosta
Serie No.: 137673402 40
Modelo: VB4 7ca 18
Marca: 2 DEEG
Inspeccionado por: Nicolas Bello
Periodo: del 01 al 30 de Abril
Equipo No.:

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

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

Firma del Operador responsable del equipo:
Vo.Bo. SUPERVISOR SST:
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía 1007389741 | Afiliación EPS: Sanitas | Afiliación ARL: Sura
Aprobado: SI [X] NO [ ] Con restricción [ ]

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

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

INSPECCIONADO POR: Nicolas Bello

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

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

Proyecto: Colegio Bosa  Serie No.: 1306184018  Modelo: VA720018  Marca: INCO

Inspeccionado por: Edgardo Zambrano  Periodo: del 01 al 30 de abril  Equipo No.:

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

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

**Firma del Operador responsable del equipo:** Edgardo Zambrano Muñoz

**Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:** CEDULA

**Documentos del Operador:** Registro/Cedula de Ciudadanía: CC 1093669660 | Afiliación EPS: Sanitas salud | Afiliación ARL: SURA | Aprobado: SI [X] NO [ ] Con restricción [ ]

**OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:**

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

INSPECCIONADO POR: Edgardo Zambrano

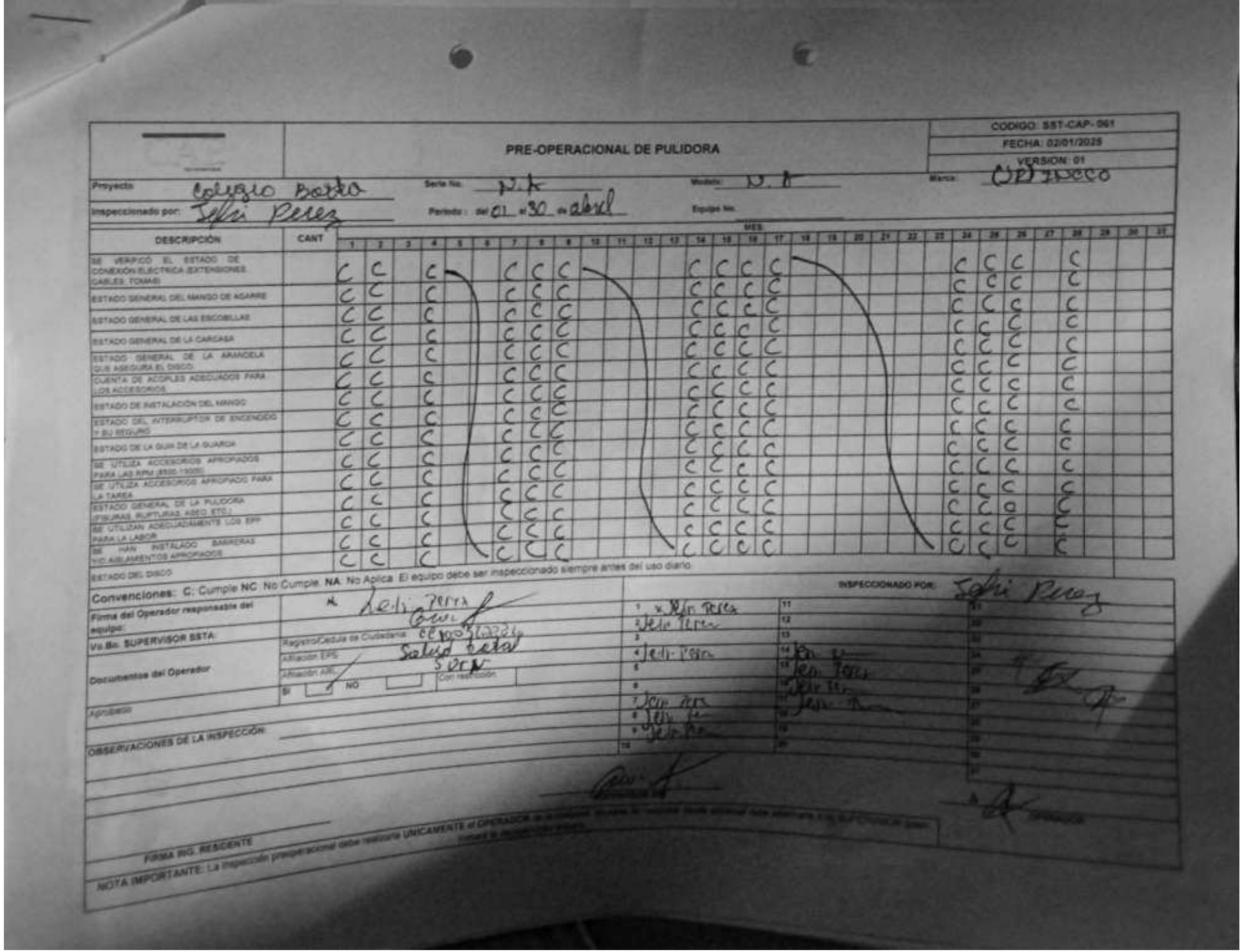
SUPERVISOR SST

FIRMA ING. RESIDENTE

OPERADOR

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

Powered by CamScanner



PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

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

Proyecto: Colegio Bosko  Serie No.: N.A  Modelo: D.A  Marca: OPTIMO

Inspeccionado por: Jeli Perez  Periodo: del 01 al 30 de abril  Equipo No.:

MES

| DESCRIPCIÓN | CANT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SE VERIFICÓ EL ESTADO DE CONEXIÓN ELÉCTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS) | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA CARCASA | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (8500-10000) | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC.) | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO DEL DISCO | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | | C | C | C | | C | | | |

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

Firma del Operador responsable del equipo: Jeli Perez

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: CC 1003[illegible]  Afiliación EPS: Salud total  Afiliación ARL: SURA

Agrobasso: SI [X]  NO [ ]  Con restricción [ ]

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Jeli Perez

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

FIRMA ING. RESIDENTE

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la máquina, de igual forma debe informar a su SUPERVISOR antes de iniciar la INSPECCIÓN diaria.

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

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

Proyecto: Colegio Boita
Serie No.:
Modelo: VPJ 2000
Marca: INGCO
Inspeccionado por: Luis Chacon
Periodo: del 01 al 30 de abril
Equipo No.:

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

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

**Firma del Operador responsable del equipo:**

**Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:**

**Documentos del Operador**
- Registro/Cedula de Ciudadanía: 100 797 2175
- Afiliación EPS: Saeus Salud
- Afiliación ARL: SURA

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

**OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:**

**INSPECCIONADO POR:** Luis Chacon

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

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

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

Proyecto: Colegio Bello  Serie No.:  Modelo: DA y2000  Marca: INDECO

Inspeccionado por: Juan martin  Periodo: del 01 al 30 de Abril  Equipo No.:

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Firma del Operador responsable del equipo: | | | |
| Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA: | | | |
| Documentos del Operador | Registro/Cedula de Ciudadanía: CC 1077503554 | | |
| | Afiliación EPS: Salud total | | |
| | Afiliación ARL: SURA | | |
| Aprobado | SI [X] NO [ ] | Con restricción | |

INSPECCIONADO POR: Juan martin

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

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE | SUPERVISOR/SST | OPERADOR

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

Powered by CamScanner

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

Proyecto: Calyzo Bolla  Serie No: 1366249018  Modelo: VRJ 20018  Marca: 12500

Inspeccionado por: Cristian cerito  Periodo: del 01 al 30 de abril  Equipo No:

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

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Firma del Operador responsable del equipo:** | x Gustavo orlando gaona | | | | | | | | |
| **Vo Bo. SUPERVISOR SSTA:** | | | | | | | | | |
| **Documentos del Operador** | Registro/Cedula de Ciudadanía: 1.055315314 | | | | | | | | |
| | Afiliación EPS: sanitas | | | | | | | | |
| | Afiliación ARL: SURA | | | | | | | | |
| Aprobado | SI [x] NO [ ] Con restricción [ ] | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN**

**INSPECCIONADO POR:** Cristian cerito

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

FIRMA ING. RESIDENTE  SUPERVISOR SST  OPERADOR

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

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

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

Proyecto: Colegio Bacio  Barra No.: 7707603078  Modelo: UAY-2008  Marca: INCCO

Inspeccionado por: Brandon de la Hoz  Periodo: del 01 al 30 de Abril  Equipo No.:

| DESCRIPCIÓN | CANT | MES 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIÓN ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA CARCASA | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA MANDIBULA (QUE ABRAZURA EL DISCO) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| CUENTA DE ADOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM (8000 /10000) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (PEGLOBAS, RUPTURAS, RUIDO, ETC.) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| ESTADO DEL DISCO | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |

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

Firma del Operador responsable del equipo:

Vo.Bo. SUPERVISOR SSTA:

Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía 1067792452; Afiliación EPS: Salud Total; Afiliación ARL: SURA

Apropiado: SI [X] NO [ ]  Con restricción:

INSPECCIONADO POR: Brandon de la Hoz

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

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE PULIDORA

CODIGO: SST-CAP-061
FECHA: 03/01/2025
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolita
Inspeccionado por: Jesus ortiz
Serie No:
Periodo: del 01 al 30 de abril
Modelo: VAY 2000
Equipo No:
Marca: IVECO

| DESCRIPCIÓN | CANT | MES 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXION ELECTRICA (EXTENSIONES, CABLES, TOMAS) | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO GENERAL DEL MANGO DE AGARRE | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO GENERAL DE LAS ESCOBILLAS | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA CARCASA | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA ARANDELA QUE ASEGURA EL DISCO | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA DE ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DE INSTALACIÓN DEL MANGO | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS (Para Line Rino 4500, 7000) | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, RUPTURAS, ABEO, ETC.) | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE UTILIZA ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE HAS INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL DISCO | | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Firma del Operador responsable del equipo: | J | INSPECCIONADO POR: Jesus ortiz | | | | |
| Vo.Bo. SUPERVISOR SST: | Cesar | 1 | 11 | 21 | | |
| Documentos del Operador | Registro/Cedula de Ciudadanía: 1082493826 | 2 | 12 | 22 | | |
| | Afiliación EPS: Famisanas | 3 | 13 | 23 | | |
| | Afiliación ARL: SURA | 4 | 14 | 24 | | |
| Aprobado: | SI: ✓ NO: | Con restricción: | 5 | 15 | 25 | |
| | | | 6 | 16 | 26 | |
| OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN: | | | 7 | 17 | 27 | |
| | | | 8 | 18 | 28 | |
| | | | 9 | 19 | 29 | |
| | | | 10 | 20 | 30 | |
| | | | | | 31 | |

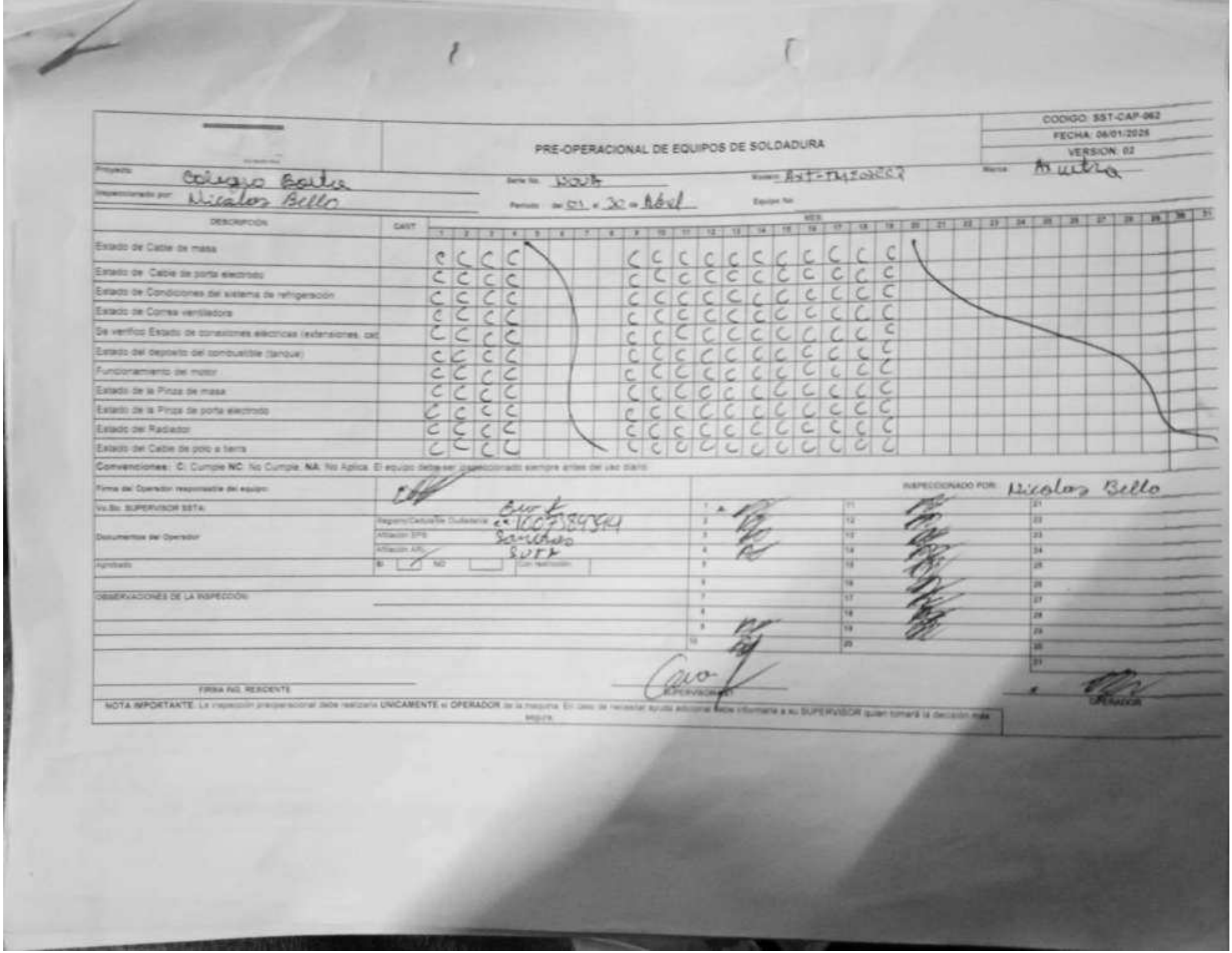
FIRMA RES. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

Powered by CamScanner



PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 06/01/2026
VERSION: 02

Proyecto: Colegio Bolivia
Inspeccionado por: Nicolas Bello
Serie No: 1024
Modelo: AST-TIG200DC
Marca: Miller
Periodo: del 01 al 30 de Abril
Equipo No:

| DESCRIPCIÓN | CAST | DÍAS 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado de Cable de masa | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |
| Estado de Cable de porta electrodo | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |
| Estado de Condiciones del sistema de refrigeración | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |
| Estado de Correa ventiladora | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |
| Se verifico Estado de conexiones electricas (extensiones, cab | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |
| Estado del deposito del combustible (tanque) | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |
| Funcionamiento del motor | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |
| Estado de la Pinza de masa | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |
| Estado de la Pinza de porta electrodo | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |
| Estado del Radiador | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |
| Estado del Cable de polo a tierra | | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | |

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

Firma del Operador responsable del equipo:

Vo.Bo. SUPERVISOR SST-A:

Documentos del Operador: Registro/Cedula Ciudadana: CC 1007564541 — Afiliación EPS: Sanitas — Afiliación ARL: SURA

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

INSPECCIONADO POR: Nicolas Bello

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

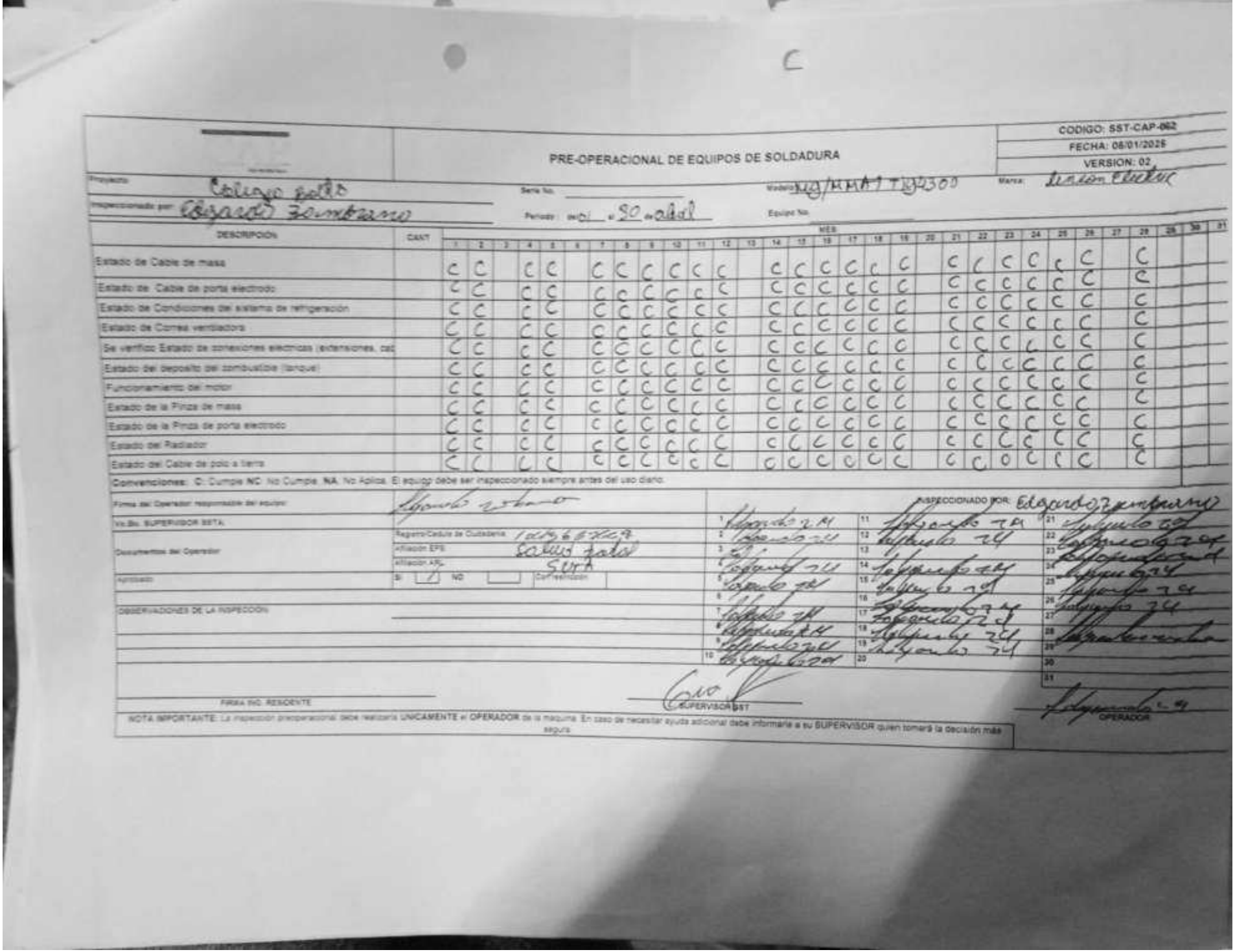
FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR

OPERADOR

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

Powered by CamScanner



PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-002
FECHA: 08/01/2025
VERSION: 02

Proyecto: Colegio Soldo
Inspeccionado por: Edgardo Zambrano
Serie No.:
Modelo: MIG/MMA TIG 300
Marca: Lincoln Electric
Periodo: de 01 al 30 de abril
Equipo No.:

| DESCRIPCIÓN | CANT | MES 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado de Cable de masa | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Cable de porta electrodo | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Condiciones del sistema de refrigeración | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Correa ventiladora | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Se verifico Estado de conexiones electricas (extensiones, cab | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del deposito del combustible (tanque) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Funcionamiento del motor | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la Pinza de masa | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la Pinza de porta electrodo | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del Radiador | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del Cable de polo a tierra | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | O | C | C | C | | C | | | |

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

Firma del Operador responsable del equipo:
Vo.Bo. SUPERVISOR SST:
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1045[illegible]
Afiliación EPS: Salud Total
Afiliación ARL: SURA
Aprobado: SI [X] NO [ ] Observación:

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA IND. RESPONSABLE

INSPECCIONADO POR: Edgardo Zambrano

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

SUPERVISOR SST

Edgardo Z. 24
OPERADOR

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

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 06/01/2025
VERSION: 02

Proyecto: Colegio Bosita
Serie No.: P.R
Modelo: IE/PR205/TZ20
Marca: Lincoln Electric
Inspeccionado por: Jefri Perez
Periodo: del 01 al 30 de abril
Equipo No.:

| DESCRIPCIÓN | CANT | MES: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado de Cable de masa | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |
| Estado de Cable de porta electrodo | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |
| Estado de Condiciones del sistema de refrigeración | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |
| Estado de Correa ventiladora | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |
| Se verifico Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cat | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |
| Estado del deposito del combustible (tanque) | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |
| Funcionamiento del motor | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |
| Estado de la Pinza de masa | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |
| Estado de la Pinza de porta electrodo | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |
| Estado del Radiador | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |
| Estado del Cable de polo a tierra | | C | C | | C | | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | | | | | | C | C | C | C | | | | | |

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

Firma del Operador responsable del equipo: Jefri Perez
V/o Bo. SUPERVISOR SST/A:
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1082938861
Afiliación EPS: Salud total
Afiliación ARL: SURA
Aprobado: SI [ ] NO [ ] Con restricción [ ]

INSPECCIONADO POR: Jefri Perez

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

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

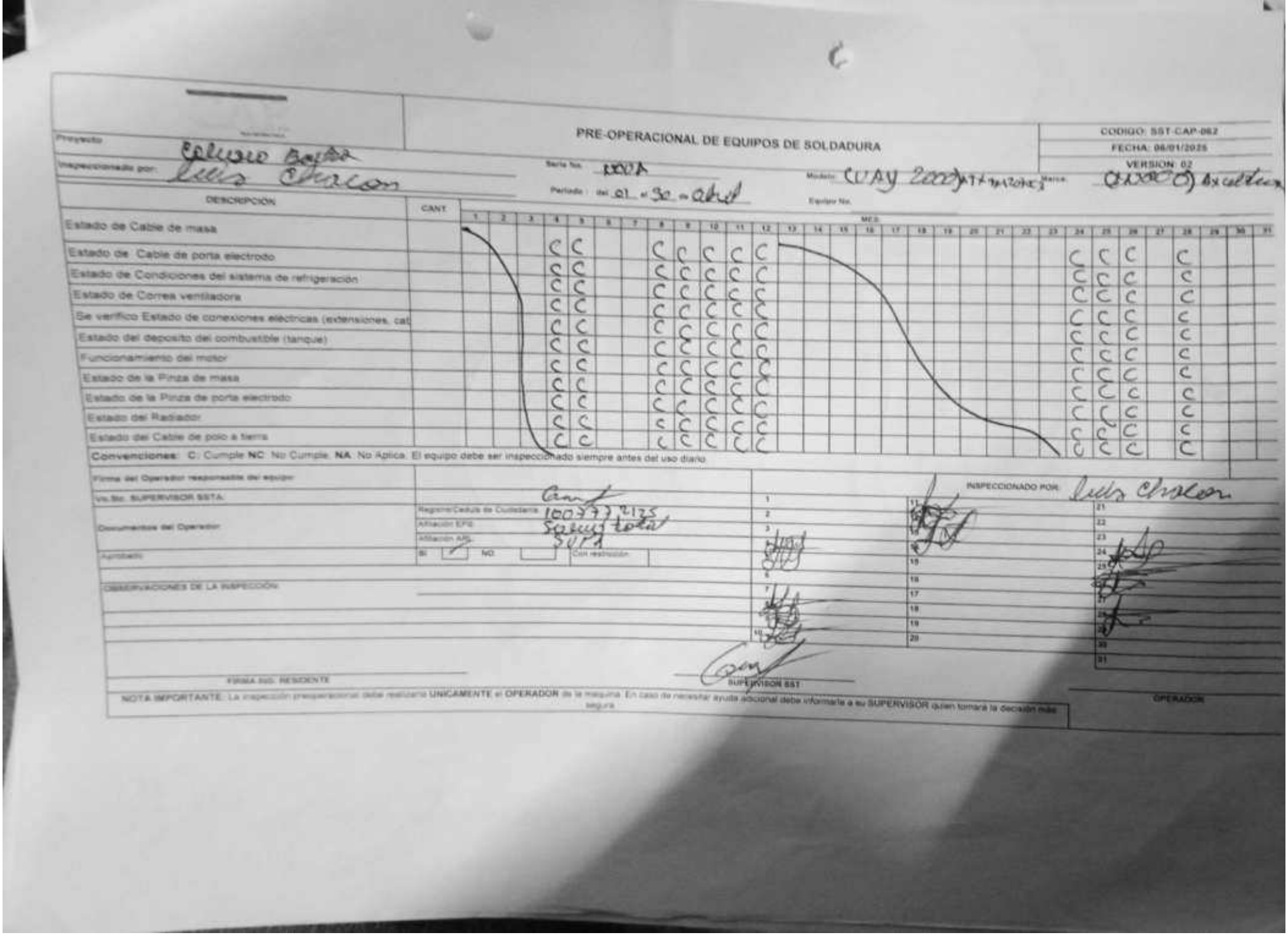
FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

Jefri Perez
OPERADOR

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

Powered by CamScanner



PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 06/01/2025
VERSION: 02

Proyecto: Colegio Bosa
Inspeccionado por: Luis Chacon
Serie No.: 0001
Modelo: CWAY 200 ATA/DC/HF
Marca: Cavidem
Periodo: del 01 al 30 de Abril
Equipo No.:

| DESCRIPCIÓN | CANT | MES 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado de Cable de masa | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Cable de porta electrodo | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Condiciones del sistema de refrigeración | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Correa ventiladora | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| Se verifico Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cat | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| Estado del deposito del combustible (tanque) | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| Funcionamiento del motor | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la Pinza de masa | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la Pinza de porta electrodo | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| Estado del Radiador | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |
| Estado del Cable de polo a tierra | | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | | | | | | | | | | | | C | C | C | | C | | | |

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

Firma del Operador responsable del equipo:
Vo.Bo. SUPERVISOR SST/A:
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1007772175
Afiliación EPS: Sanitas total
Afiliación ARL: SURA
Aprobado: SI [X] NO [ ] Con restricción [ ]

INSPECCIONADO POR: Luis Chacon

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

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA Vo.Bo. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 06/01/2025
VERSION: 02

Proyecto: Colegio Bosques
Inspeccionado por: Juan martin
Serie No: 2004
Periodo: del 01 al 30 de abril
Modelo: AMPMZOTECS
Marca: Miller
Equipo No.

| DESCRIPCIÓN | CANT | MES: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado de Cable de masa | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Cable de porta electrodo | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Condiciones del sistema de refrigeración | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Correa ventiladora | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Se verifico Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cab | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del deposito del combustible (tanque) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Funcionamiento del motor | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la Pinza de masa | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la Pinza de porta electrodo | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del Radiador | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del Cable de polo a tierra | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |

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

Firma del Operador responsable del equipo:
Vo.Bo. SUPERVISOR SST:
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía 1104725259
Afiliación EPS: Sanitas Polo
Afiliación ARL: SURA
Apto/aptado: SI [ ] NO [ ] Con restricción

INSPECCIONADO POR: Juan martin

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

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

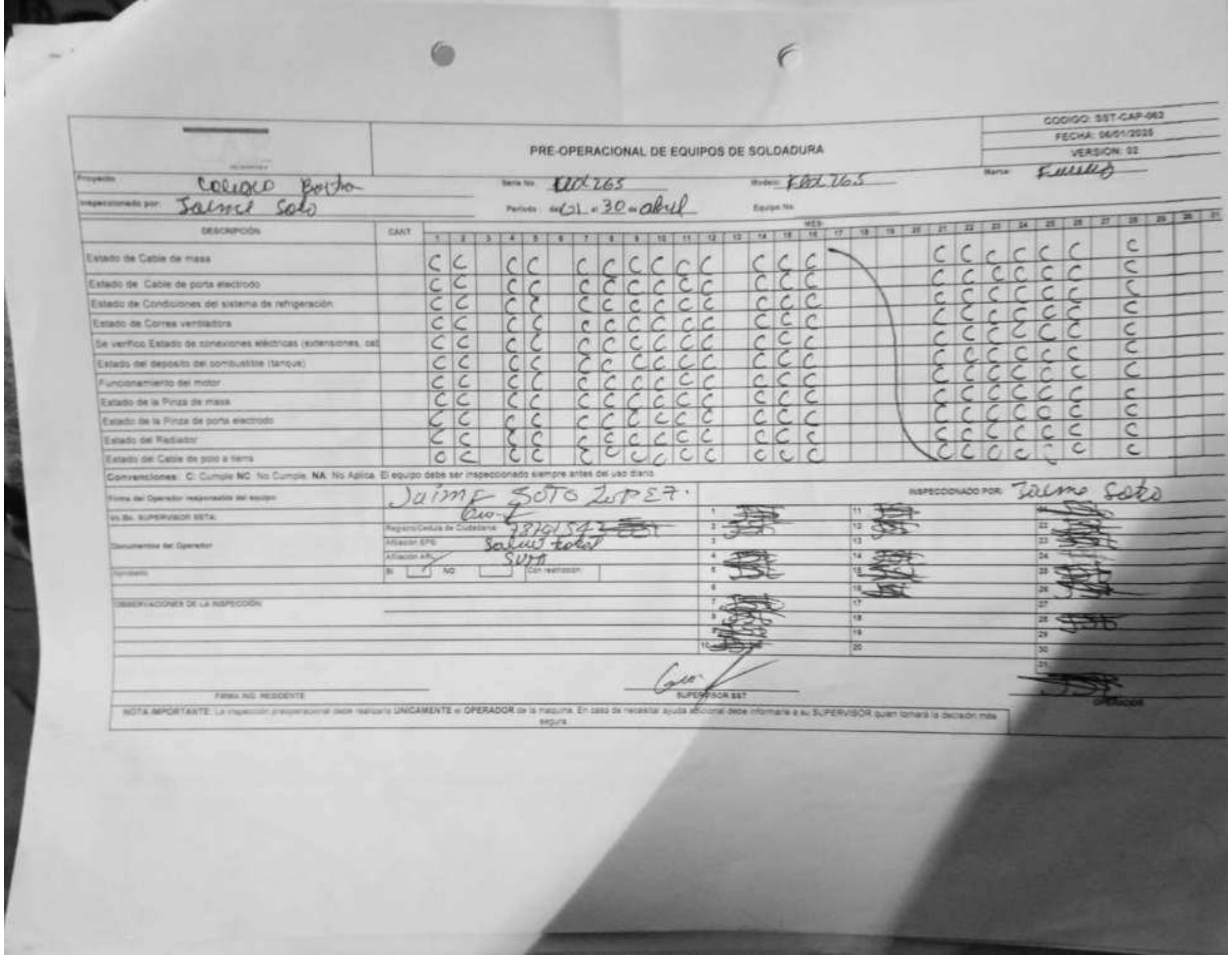
FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

Powered by CamScanner



PRE-OPERACIONAL DE EQUIPOS DE SOLDADURA

CODIGO: SST-CAP-062
FECHA: 06/01/2025
VERSION: 02

Proyecto: Colinco Bosha
Inspeccionado por: Jaime Soto
Serie No: 002263
Periodo: 01 a 30 abril
Modelo: KDT 265
Marca: Fussion
Equipo No:

| DESCRIPCIÓN | CANT | DÍAS 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado de Cable de masa | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Cable de porta electrodo | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Condiciones del sistema de refrigeración | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de Correa ventiladora | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Se verifico Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cal | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del deposito del combustible (tanque) | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Funcionamiento del motor | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la Pinza de masa | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado de la Pinza de porta electrodo | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del Radiador | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado del Cable de polo a tierra | | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |

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

Firma del Operador responsable del equipo: Jaime SOTO LOPEZ.
Vo.Bo. SUPERVISOR SST/A:
Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 79191593
Afiliación EPS: Salud total
Afiliación ARL: SURA
Formación: SI [X] NO [ ] Con restricción:

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

INSPECCIONADO POR: Jaime Soto

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

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO: SST-CAP-014

Fecha: 30/01/2026

VERSION 02

## INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: colegio cerrado y fabricacion de estructura metalica

Lugar: colegio bosko

Duración estimada: 7 Dias

Hora aproximada: 20 m

Número de personas en el trabajo:

## INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS SI | EPS NO | ARL SI | ARL NO | CONDICIÓN CAPACITACIÓN SI | CONDICIÓN CAPACITACIÓN NO | VIGENCIA | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jhonatan SOTO L. | 1087401578 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 2 | Jhon Jairo [illegible] | 1072935854 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 3 | Brandon de la [illegible] | 1007899432 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 4 | [illegible] | 1082409688 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 5 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 6 | STEVEN Stella [illegible] | 1140423124 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que afecte para ejecutar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jhonatan SOTO L | 1087401578 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Jhon Jairo [illegible] | 1072935854 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon de la [illegible] | 1007899432 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1082409688 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STEVEN Stella [illegible] | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que afecte para ejecutar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jhonatan SOTO L | 1087401578 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Jhon Jairo [illegible] | 1072935854 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon de la [illegible] | 1007899432 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1082409688 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STEVEN Stella [illegible] | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOCANEGRA | 1058149781 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que afecte para ejecutar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| STEVEN Stella [illegible] | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Jhonatan SOTO L | 1087401578 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Jhon Jairo [illegible] | 1072935854 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1082409688 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOCANEGRA | 1058149781 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon de la [illegible] | 1007899432 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| NICOLAS [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con algunas afecciones que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con algunas afecciones que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ERICK BOLIVA | 1095798491 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| JEIMMY SOTO | 7570587 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| JESUS [illegible] | 1.[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| JUAN [illegible] | 1072[illegible]64 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STEVEN | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1072[illegible]2 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| NICOLAS BELLO | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007896430 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NICOLAS BELLO | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOLIVA | 1095[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| JEIMMY SOTO | 7570587 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1140423129 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JEIMMY SOTO | 7570587 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1095[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| JUAN [illegible] | 1072[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| NICOLAS BELLO | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STEVEN [illegible] | 1140423129 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOLIVA | 1095[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NICOLAS BELLO | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

| [illegible] | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| [illegible] | Sí | No | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | | ✓ | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |

| | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| [illegible] | | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |

| | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| [illegible] | ✓ | | |
| Otros, ¿Cuál? | | | |
| [illegible] | | | |
| [illegible] | | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | ✓ | | |
| [illegible] | | | |

Otras precauciones, ¿Cuales?

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

| | Sí | No | |
| --- | --- | --- | --- |
| Casco de seguridad | ✓ | | |
| Caretas | ✓ | | |
| Gafas / vidrio para soldar | ✓ | | |
| Filtro contra gases | ✓ | | |
| Filtro contra polvos/humos de soldadura | ✓ | | |
| Peto | ✓ | | |
| Protección auditiva | | | |
| Cinturón de seguridad | | ✓ | |
| Traje especial de protección | | ✓ | |
| Botas de seguridad | ✓ | | |
| Otros EPP ¿Cuales? | | ✓ | |

Pruebas Requeridas:

| | Sí | No |
| --- | --- | --- |
| Prueba de Gases | | ✓ |

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

Fecha:

Hora:

Método de Prueba

Tipo de Gas

Nivel de Concentración

Responsable:

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
| --- | --- | --- | --- |
| 7-04-23 | 7:00 AM | 12-04-23 | 3:00PM |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
| --- | --- | --- | --- |
| | | | |

## FIRMAS

[illegible]

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

Yo he leído y entendido las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas.
Certifico que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal

Responsable del trabajo a ejecutarse (CAP)

## EQUIPOS A UTILIZAR

Pulidora
equipo de soldadura
taladro

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

| | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Agua | ☐ | Madera | ☐ | Gas natural | ☐ |
| Aire | ✓ | Gasolina | ☐ | Gas propano | ✓ |
| Energía | ✓ | ACPM | ☐ | Otros | ☐ |

## REVISIÓN CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO

| | Condiciones OK | No Conforme * |
| --- | --- | --- |
| Orden y aseo | ✓ | ☐ |
| Manejo de residuos | ✓ | ☐ |
| Levantamiento de señalización o aislamiento especiales (Si aplica) | ☐ | ☐ |
| Otras, ¿Cuales? | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |

Observaciones

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

[redacted]

CODIGO: SST-CAP-018

Fecha: 08/01/2025

VERSION 02

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Cargo a cargo: Corrugado y fabricacion de estuches metalicos

Ubicación exacta: Colegio Bella Vista

Fecha aproximada: 7 DIAS

Numero de personas en el trabajo: 20 m

INFORMACION DEL TRABAJADOR (ES) QUE EJECUTARA (N) EL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | N° CEDULA | EPS | | AFP | | CERTIFICACION CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | No | SI | No | SI | NO | vencimiento | |
| 1 | JAIME SOTO L. | 7701593 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 2 | ERICK BOCA | 1033579871 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 3 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 4 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 5 | Brandon | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 6 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 7 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 8 | Nicolas Bello | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 9 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 10 | | | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que cuente pueda afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| JAIME E. SOTO | 7701593 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK B. | 1033579871 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1140423129 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Nicolas Bello | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que cuente pueda afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jaime E. SOTO | 7701593 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1140423129 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1033579871 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Nicolas Bello | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOCA | 1033579871 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que cuente pueda afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Nicolas Bello | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1140423129 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK B. | 1033579871 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que afecte su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| [illegible] | 73704593 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERIK BOLIVA | 1039598981 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STIVEN SILVA | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| NICOLAS BETTO | 1007380434 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que afecte su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| NICOLAS BETTO | 1007380434 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STIVEN SILVA | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERIK BOLIVA | 1039598981 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que afecte su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| NICOLAS BETTO | 1007380434 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERIK BOLIVA | 1039598981 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STIVEN SILVA | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

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

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

Pruebas Respectivas:
Prueba de Gases

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

Factor
Area
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 14-04-25 | 7:00 AM | 19-04-25 | 5:00 PM |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

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

Responsable SST Hoja HSE o Coordinador Trabajo en Alturas (CAP)

Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas.
Confirmo que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.

Responsable del trabajo a ejecutarse (CAP)

## HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Pulidora
Equipo para soldar
Taladro

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO: SST-CAP-074

Fecha: 06/01/2026

VERSION 03

**INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR**

Colegio Bolivia — Armado y Fabricacion de Estructuras metalicas

7 Dias

20 m

**INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO**

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS SI | EPS NO | ARL SI | ARL NO | CUENTA CON CAPACITACIÓN SI | CUENTA CON CAPACITACIÓN NO | VIGENCIA | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ERICK BOYACA | 1037597911 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 2 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 3 | [illegible] | 1177330574 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 4 | [illegible] Chacon | 1007222171 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 5 | Dimas Soto | 7355593 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 6 | Brandon de La Hoz | 1007892492 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL**

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES**

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que cuenta ponga afectar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ERICK | 1037597911 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Alejandro 24 | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] Chacon | 1007222171 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES**

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que cuenta ponta afectar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | 1052735350 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOYACA | 1037597911 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 7701593 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES**

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que cuenta ponta afectar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | 7701593 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1072735359 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOYACA | 1037597911 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

ESTADO CONDICIONES SALUD - ANTECEDENTES PERSONALES DIA JUEVES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONALES DIA VIERNES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONALES DIA SABADO

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONALES DIA DOMINGO

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

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

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

**Pruebas Requeridas:**

| SI | NO |
|---|---|
| | ✓ |

**Prueba de Gases**

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

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

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 21-03-2025 | 7:00 AM | 26-03-25 | 5:00 PM |

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

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

Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (CAP)

Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas.
Confirmo que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.

Responsable del trabajo a ejecutarse (CAP)

## EQUIPOS A UTILIZAR

Pulidora
Equipo para soldar
Taladro

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

Tarea a realizar: Corte, doblado y fabricacion de estructuras metalicas

Fecha aprobado: 20/3

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CEDULA | EPS | ARL | CONDICIONES CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | HORARIO | |
| 1 | Jhon Alexander | 1127950354 | | | | | 17-3 | |
| 2 | Jaime Sotelo | 1007337205 | | | | | 18-3 | |
| 3 | Oscar Ospina | 1007337205 | | | | | 19-3 | |
| 4 | Brandon Lozano | 1075287821 | | | | | 20-3 | |
| 5 | Erick Duran | 1035474781 | | | | | 21-3 | |
| 6 | Jhon Pedro | 1064935833 | | | | | 22-3 | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que impida poder efectuar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jhon Alexander | 1127950354 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Jaime Sotelo | 1007337205 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Oscar Ospina | 1007337205 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon Lozano | 1075287821 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Erick Duran | 1035474781 | | | | | | | | | | | | | | |
| Pedro | 1064935833 | | | | | | | | | | | | | | |

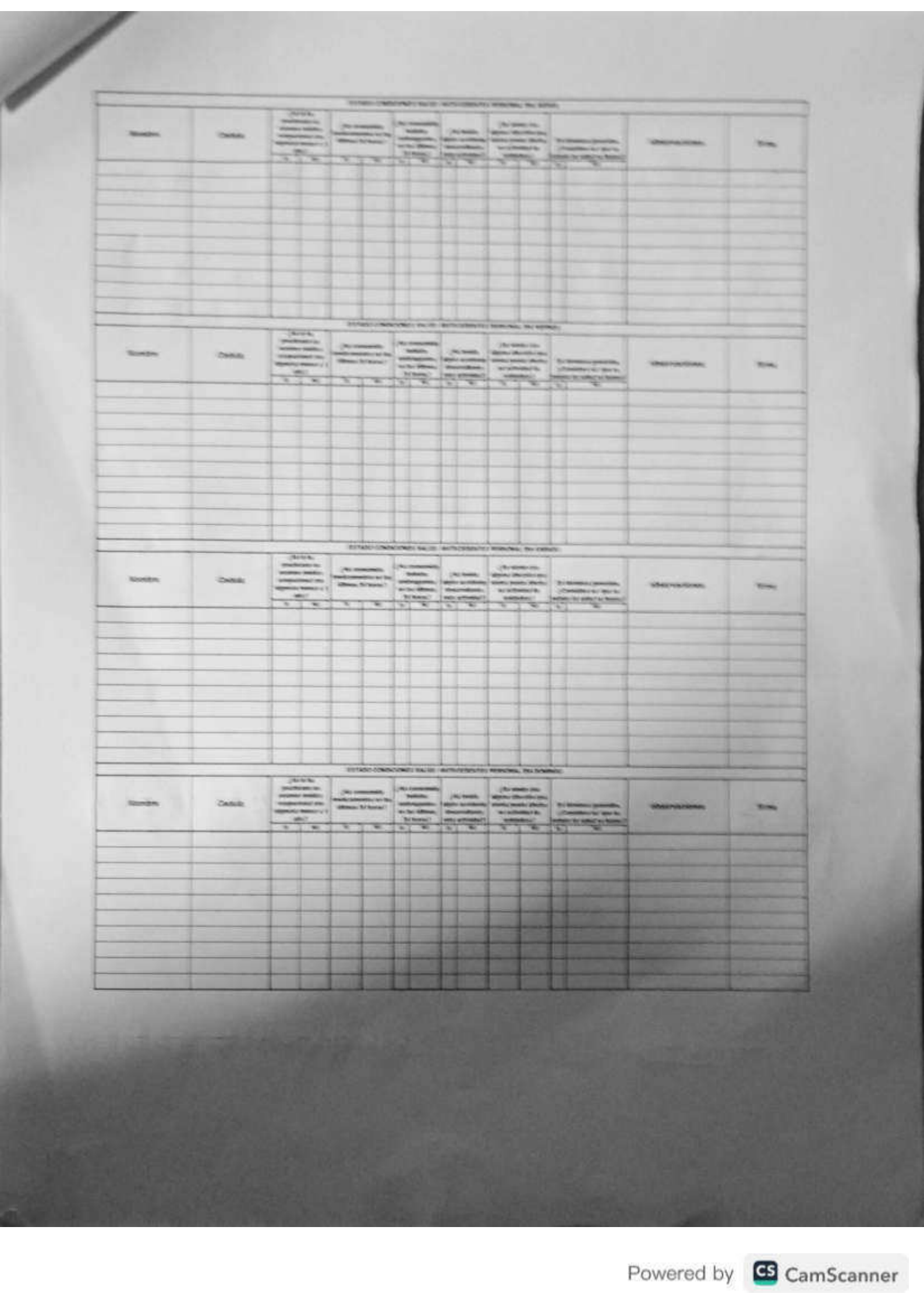
### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que impida poder efectuar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que impida poder efectuar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner



## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 16-04-2024 | 2:00 PM | 5-05-24 | 2:00 PM |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

Jefe Zeres

Responsable del trabajo o ejecutante (CAP)

## EQUIPOS A UTILIZAR

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Agua | ☐ | Madera | ☐ | Gas natural | ☐ |
| Aire | ☐ | Gasolina | ☐ | Gas propano | ☐ |
| Energía | ☐ | ACPM | ☐ | Otros | ☐ |

## REVISIÓN CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO

| | Condiciones OK | No Conforme * |
|---|---|---|
| Orden y aseo | ☐ | ☐ |
| Manejo de residuos | ☐ | ☐ |
| Levantamiento de señalizaciones y advertencias implantadas (Si aplica) | ☐ | ☐ |
| Otras. Cuales? | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |

Observaciones

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE EQUIPO DE OXICORTE

CODIGO: SST-CAP-087
FECHA: 06/01/2025
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bosta
Inspeccionado por: Edwin Perez
Serie No.: N.A
Periodo: del 01 al 30 de abril
Modelo: N.A
Marca: N.A
Equipo No.:

| DESCRIPCION | DIA 1 | DIA 2 |
|---|---|---|
| **ESTRUCTURA GENERAL** | | |
| Carro general | C | C |
| Sistemas de ruedas | C | C |
| Cadena de sujecion de cilindros | C | C |
| Protector de discos | C | C |
| **CILINDROS** | | |
| Llave de paso de acetileno | C | C |
| Llave de paso de oxigeno | C | C |
| Estado visual de antiflash | C | C |
| **CONJUNTO DE MANOMETROS** | | |
| Cubierta de manometro | C | C |
| Fuga de conexion | C | C |
| Agarre de abrazaderas | C | C |
| Estado y funcionamiento de regulador | C | C |
| Valvula contra llamas | C | C |

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

Firma del Operador responsable del equipo: Edwin Perez
Nombre supervisor SST/A: Edwin Perez
Documento del Operador: Cedula de Ciudadania No 1003222222 Salas Pulido Sara
Vigencia: 30 / 06 / [illegible]
Clasificaciones de la inspección:

INSPECCIONADO POR: Edwin Perez

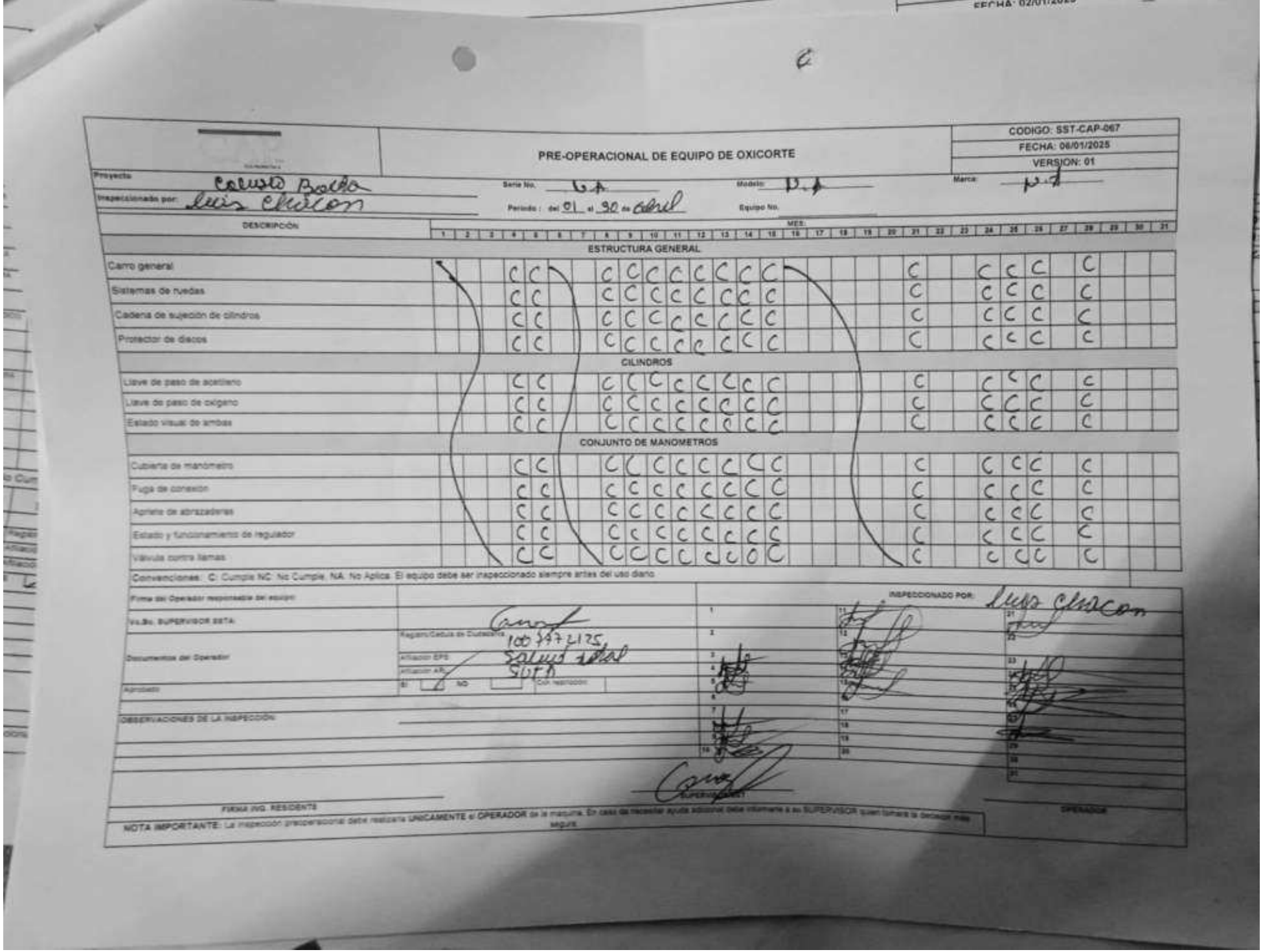
FIRMA DEL RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR de la maquina. En caso de necesitar ayuda adicional debe informarlo al SUPERVISOR DE SST para evitar la ejecución de tareas inseguras.

Powered by CamScanner



# PRE-OPERACIONAL DE EQUIPO DE OXICORTE

CODIGO: SST-CAP-067
FECHA: 06/01/2025
VERSION: 01

Proyecto: Colsub Bodega
Inspeccionado por: Luis Chacon
Serie No.: G.A.
Modelo: D.A
Marca: P.T
Periodo: del 01 al 30 de abril
Equipo No.:

| DESCRIPCIÓN | MES: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ESTRUCTURA GENERAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carro general | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| Sistemas de ruedas | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| Cadena de sujeción de cilindros | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| Protector de discos | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| **CILINDROS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Llave de paso de acetileno | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| Llave de paso de oxigeno | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| Estado visual de ambas | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| **CONJUNTO DE MANOMETROS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cubierta de manometro | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| Fuga de conexión | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| Agarre de abrazaderas | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| Estado y funcionamiento de regulador | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |
| Válvula contra llamas | | | | C | C | | | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | | C | | | C | C | C | | C | | | |

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

Firma del Operador responsable del equipo:

Vo.Bo. SUPERVISOR SST/A: Carol

Documentos del Operador: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1003972175
Afiliación EPS: Salud total
Afiliación ARL: SURA
Aprobado: SI [X] NO [ ] Con restricción [ ]

INSPECCIONADO POR: Luis Chacon

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

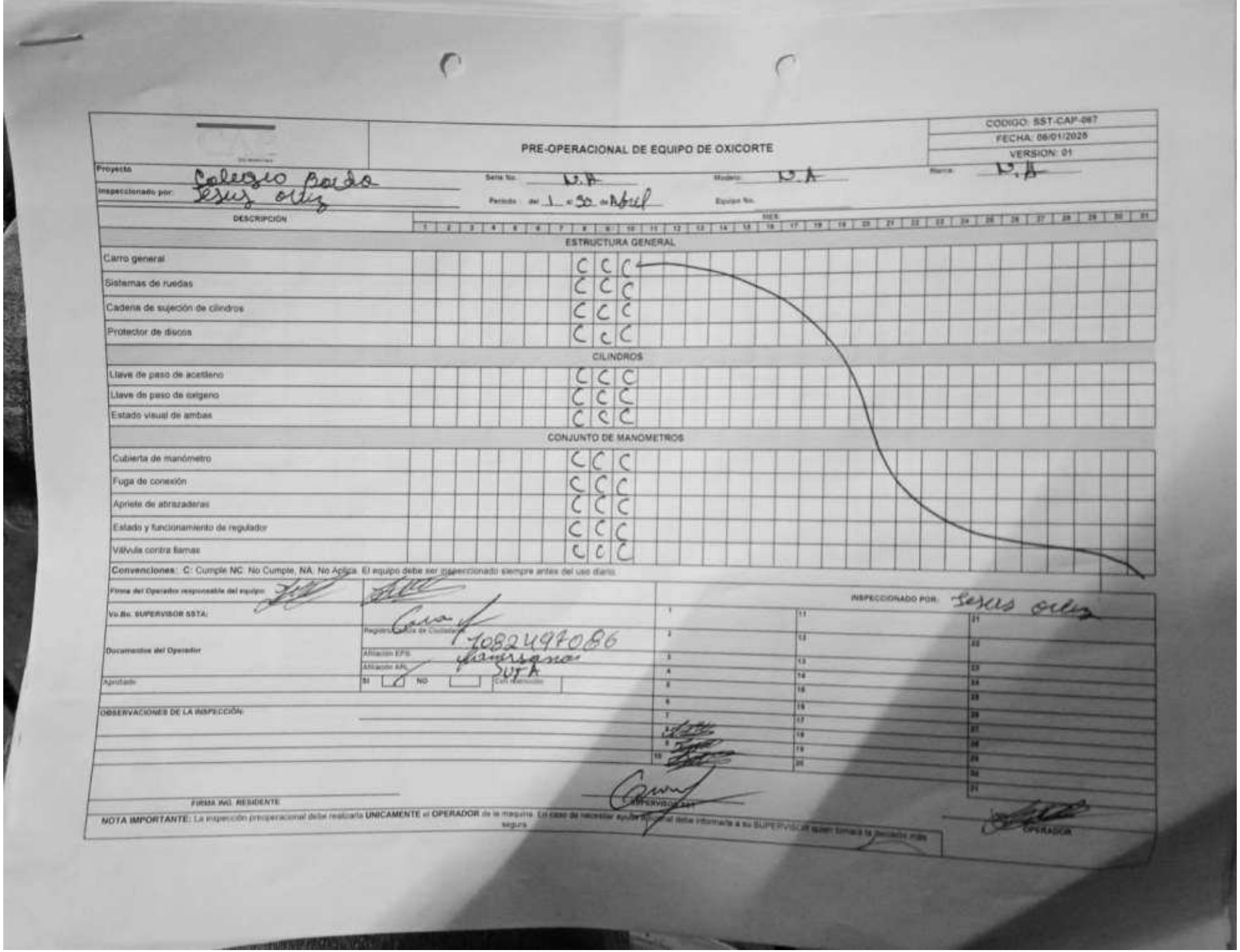
FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

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

Powered by CamScanner



CODIGO: SST-CAP-067
FECHA: 08/01/2025
VERSION: 01

# PRE-OPERACIONAL DE EQUIPO DE OXICORTE

Proyecto: Colegio Boda
Inspeccionado por: Jesus ortiz
Serie No.: D.A
Modelo: D.A
Marca: D.A
Periodo: del 1 al 30 de Abril
Equipo No.:

| DESCRIPCIÓN | DÍAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
|---|---|
| **ESTRUCTURA GENERAL** | |
| Carro general | C C C |
| Sistemas de ruedas | C C C |
| Cadena de sujeción de cilindros | C C C |
| Protector de discos | C C C |
| **CILINDROS** | |
| Llave de paso de acetileno | C C C |
| Llave de paso de oxigeno | C C C |
| Estado visual de ambas | C C C |
| **CONJUNTO DE MANOMETROS** | |
| Cubierta de manómetro | C C C |
| Fuga de conexión | C C C |
| Apriete de abrazaderas | C C C |
| Estado y funcionamiento de regulador | C C C |
| Válvula contra llamas | C C C |

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

Firma del Operador responsable del equipo:
Vo.Bo. SUPERVISOR SST&I:
Documentos del Operador: Registro Única de Ciudadanía 1082497086; Afiliación EPS: Sanitas; Afiliación ARL: SURA
Aprobado: SI [X] NO [ ] Con Novedad [ ]

INSPECCIONADO POR: Jesus ortiz

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE

SUPERVISOR SST

OPERADOR

**NOTA IMPORTANTE**: La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** de la maquina. En caso de necesitar ajuste [illegible] debe informarle a su SUPERVISOR SST para tomar la decisión más segura.

Powered by CamScanner

# PRE-OPERACIONAL DE EQUIPO DE OXICORTE

CODIGO: SST-CAP-067
FECHA: 06/01/2025
VERSION: 01

Proyecto: Colegio Bolivia
Inspeccionado por: Juan martin
Serie No.: N.A
Modelo: N.A
Marca: INDURA
Periodo: del 01 al 30 de Abril
Equipo No.:

| DESCRIPCIÓN | MES 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ESTRUCTURA GENERAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carro general | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Sistemas de ruedas | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Cadena de sujeción de cilindros | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Protector de discos | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| **CILINDROS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Llave de paso de acetileno | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Llave de paso de oxigeno | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado visual de arrdas | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| **CONJUNTO DE MANOMETROS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cubierta de manometro | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Fuga de conexión | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Ajustes de abrazaderas | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Estado y funcionamiento de regulador | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |
| Válvula contra llamas | C | C | | C | C | | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | | | | | C | C | C | C | C | C | | C | | | |

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

Firma del Operario responsable del equipo:
Vo.Bo. SUPERVISOR SST:
Documentos del Operario: Registro/Cedula de Ciudadanía: 1077150359
Afiliación EPS: Salud total
Afiliación ARL: SURA
Aprobado: SI [ ] NO [ ] Con restricción [ ]

INSPECCIONADO POR: Juan martin

OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN:

FIRMA ING. RESIDENTE | SUPERVISOR SST | OPERADOR

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

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO: SST-CAP-004
FECHA: 04/11/2025
VERSIÓN: 03

## INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: armado y fabricacion de estructura metalica
Lugar: Colegio Bacha
Duración estimada: 7 días
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo:

## 1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS SI | EPS No | ARL SI | ARL No | FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS SI | FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS NO | VIGENCIA | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jair Perez | 1003623780 | ✓ | | ✓ | | ✓ | 21-26 | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## 2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | ¿Le tiene miedo a las alturas? NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta ponga afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | ¿Se siente con alguna afección que sienta ponga afectar su actividad de trabajo en alturas? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jair Perez | 1003623780 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | ¿Le tiene miedo a las alturas? NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta ponga afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | ¿Se siente con alguna afección que sienta ponga afectar su actividad de trabajo en alturas? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jair Perez | 1003623780 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | ¿Le tiene miedo a las alturas? NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta ponga afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | ¿Se siente con alguna afección que sienta ponga afectar su actividad de trabajo en alturas? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jair Perez | 1003623780 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

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

8. MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION

| Sentido de Ascenso / Descenso | Andamio ✓ | Escalera ✓ | Elevador de Personal o tarea con canastilla | Se trabajara en otra Lab | SI/No | Trabajo en espacios confinados | Trabajo en caliente ✓ | Energias Peligrosas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otros (Cuales?) | | | | Otras (Cuales?) | | | | |

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

## 4. INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y TERMINACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 21-04-25 | 21:00 hrs | 26-04-25 | 5:00 hrs |

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

Firma Responsable SST/Jefe HSE o Coordinador Trabajo en Alturas (TAR)

Firma responsable de activar el plan de emergencia

Firma Responsable de Ejecutar el Trabajo (TAR)

## EQUIPOS A UTILIZAR

Arnés de cuerpo completo

## HERRAMIENTAS COMUNES A UTILIZAR

Barandas

## 5. RECURSOS A UTILIZAR

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

## 6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

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

Observaciones

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Trabajo a realizar: Armado y fabricación de estructura metálica
Lugar: Bodega Bello
Duración estimada: 4 días
Altura aproximada: 10 mts
Número de personas en el trabajo:

## 1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS | | ARL | | EVALUACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | | VIGENCIA | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| 1 | Jeison Pesta | 1063622216 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## 2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL SIA LÍNEA

| Nº | NOMBRES | CÉDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Le tiene miedo a las alturas? | | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| 1 | Jeison Pesta | 1063622216 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL SIA MARTES

| Nº | NOMBRES | CÉDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Le tiene miedo a las alturas? | | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| 1 | Jeison Pesta | 1063622216 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL SIA MIERCOLES

| Nº | NOMBRES | CÉDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Le tiene miedo a las alturas? | | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| 1 | Jeison Pesta | 1063622216 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Le tiene miedo a las alturas? | | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| 1 | Jefferson Perez | 1003[illegible] | / | | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Le tiene miedo a las alturas? | | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| 1 | Jefferson Perez | 1003[illegible] | / | | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

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

**9. MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sistemas de Acceso a Utilizar | Andamio | Escalera | Elevador de Personal o Grúa con canasta | Se Involucran otras TAR | Si (No) | Trabajo en espacios confinados | Trabajo en caliente | Energías Peligrosas |
| Otros (¿Cuáles?) | | | | Otros (¿Cuáles?) | | | | |

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

**...ea de trabajo necesita o se ha verificado:**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

**El personal requiere:**

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

| | Necesidad | | Revisión 1 | | Revisión 2 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | S | M | S | M |
| Línea de vida vertical (Verificar puntos de anclaje) | | | | | | |
| Línea de vida horizontal (Verificar puntos de anclaje) | | | | | | |
| Arnés de seguridad | | | | | | |

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

| | Necesidad | | Revisión 1 | | Revisión 2 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | S | M | S | M |
| eslinga sencilla | | | | | | |
| eslinga ajustable | | | | | | |
| eslinga en "Y" | | | | | | |
| eslinga posicionamiento | | | | | | |
| eslinga con absorbedor | | | | | | |
| mosquetones con doble seguro | | | | | | |

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

## 4. INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 14-04-25 | 7:00 AM | 19-04-25 | 5:00 PM |

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

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

## EQUIPOS A UTILIZAR

eslinga
linea de vida
arnes

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## 5. RECURSOS A UTILIZAR

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

## 6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

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

**Observaciones**

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CODIGO: SST-CAP-004
FECHA: 04/01/2023
VERSION: 02

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: armado y fabricacion de Estructura metalica
Lugar: Colusso Bolivar
Duración estimada: 1 mes
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo:

## 1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CEDULA | EPS SI | EPS NO | ARL SI | ARL NO | FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS SI | FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS NO | VIGENCIA | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Juan Jaime Jr. Johan | 1033742221 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## 2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | ¿Le tiene miedo a las alturas? NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? NO | En términos generales, ¿Considera tal que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera tal que su estado de salud es bueno? NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Juan Jaime Jr. | 1033742221 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | ¿Le tiene miedo a las alturas? NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? NO | En términos generales, ¿Considera tal que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera tal que su estado de salud es bueno? NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Juan Jaime Jr. | 1033742221 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | ¿Le tiene miedo a las alturas? NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? NO | En términos generales, ¿Considera tal que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera tal que su estado de salud es bueno? NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Juan Jaime Jr. | 1033742221 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

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

## 8. MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sistemas de Acceso o Utilizar | Andamio | ✓ Escalera | ✓ Desafío de Personal o tarea con caracter | Se trabajara en otras TAR: | Si / No | Trabajo en espacios confinados | Trabajo en caliente ✓ Energías Peligrosas |
| Otros (¿Cuáles?) | | | | Otros (¿Cuáles?) | | | |

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

Área de trabajo necesita o se ha verificado:

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

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

| | Necesidad | | Revisión 1 | | Revisión 2 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | S | M | S | M |
| Línea de vida vertical (Verificar puntos de anclaje) | | | | | | |
| Línea de vida horizontal (Verificar puntos de anclaje) | | | | | | |
| Arnés de seguridad | | | | | | |

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

| | Necesidad | | Revisión 1 | | Revisión 2 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | S | M | S | M |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

## 4. INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 1-04-23 | 7:00 A M | 12-04-23 | 5:00 P M |

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

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

## EQUIPOS A UTILIZAR

eslinga
línea de vida
arnes

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## 5. RECURSOS A UTILIZAR

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

## 6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO: SST-CAP-014

Fecha: 30/01/2026

VERSION 02

## INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: colegio cerrado y fabricacion de estructura metalica

Lugar: colegio bosko

Duración estimada: 7 Dias

Hora aproximada: 20 m

Número de personas en el trabajo:

## INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS SI | EPS NO | ARL SI | ARL NO | CONDICIÓN CAPACITACIÓN SI | CONDICIÓN CAPACITACIÓN NO | VIGENCIA | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jhonatan SOTO L. | 1087401578 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 2 | Jhon Jairo [illegible] | 1072935854 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 3 | Brandon de la [illegible] | 1007899432 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 4 | [illegible] | 1082409688 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 5 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 6 | STEVEN Stella [illegible] | 1140423124 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que afecte para ejecutar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jhonatan SOTO L | 1087401578 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Jhon Jairo [illegible] | 1072935854 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon de la [illegible] | 1007899432 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1082409688 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STEVEN Stella [illegible] | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que afecte para ejecutar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jhonatan SOTO L | 1087401578 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Jhon Jairo [illegible] | 1072935854 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon de la [illegible] | 1007899432 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1082409688 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STEVEN Stella [illegible] | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOCANEGRA | 1058149781 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que afecte para ejecutar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| STEVEN Stella [illegible] | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Jhonatan SOTO L | 1087401578 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Jhon Jairo [illegible] | 1072935854 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1082409688 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOCANEGRA | 1058149781 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon de la [illegible] | 1007899432 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| NICOLAS [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con algunas afecciones que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con algunas afecciones que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ERICK BOLIVA | 1095798491 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| JEIMMY SOTO | 7570587 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| JESUS [illegible] | 1.[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| JUAN [illegible] | 1072[illegible]64 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STEVEN | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1072[illegible]2 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| NICOLAS BELLO | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007896430 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NICOLAS BELLO | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOLIVA | 1095[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| JEIMMY SOTO | 7570587 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1140423129 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JEIMMY SOTO | 7570587 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1095[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| JUAN [illegible] | 1072[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| NICOLAS BELLO | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STEVEN [illegible] | 1140423129 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOLIVA | 1095[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con algunas afección que vienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NICOLAS BELLO | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

[illegible]

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

[illegible]

Prueba Requerida:

Prueba de Gases

Fecha:

Hora:

Método de Prueba:

Tipo de Gas:

Nivel de Concentración:

Responsable:

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 7-09-23 | 7:00 AM | 12-09-23 | 3:00 PM |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

[illegible]

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

Responsable del trabajo a ejecutarse (CAP)

## EQUIPOS A UTILIZAR

Pulidora
equipo de Soldadura
taladro

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO

| | Condiciones OK | No Conforme * |
|---|---|---|
| Orden y aseo | ☑ | ☐ |
| Manejo de residuos | ☑ | ☐ |
| [illegible] | ☐ | ☐ |
| Otras. Cuales? | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |

Observaciones:

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

[redacted]

CODIGO: SST-CAP-018

Fecha: 08/01/2025

VERSION 02

INFORMACION DEL TRABAJO A REALIZAR

Cargo a cargo: Corrugado y fabricacion de estuches metalicos

Ubicación exacta: Colegio Bella Vista

Fecha aproximada: 7 DIAS

Numero de personas en el trabajo: 20 m

INFORMACION DEL TRABAJADOR (ES) QUE EJECUTARA (N) EL TRABAJO

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | N° CEDULA | EPS | | AFP | | CERTIFICACION CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | No | SI | No | SI | NO | vencimiento | |
| 1 | JAIME SOTO L. | 7701593 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 2 | ERICK BOCA | 1033579871 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 3 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 4 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 5 | Brandon | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 6 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 7 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 8 | Nicolas Bello | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 9 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-19 | |
| 10 | | | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que cuente pueda afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| JAIME E. SOTO | 7701593 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK B. | 1033579871 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1140423129 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Nicolas Bello | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que cuente pueda afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jaime E. SOTO | 7701593 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1140423129 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1033579871 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Nicolas Bello | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOCA | 1033579871 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que cuente pueda afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Nicolas Bello | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1140423129 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK B. | 1033579871 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que afecte su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| [illegible] | 73704593 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERIK BOLIVA | 1039598981 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STIVEN SILVA | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| NICOLAS BETTO | 1007380434 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que afecte su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| NICOLAS BETTO | 1007380434 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STIVEN SILVA | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERIK BOLIVA | 1039598981 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que afecte su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| NICOLAS BETTO | 1007380434 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERIK BOLIVA | 1039598981 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| STIVEN SILVA | 1140423124 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

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

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

El personal requiere:

Pruebas Respectivas:
Prueba de Gases

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

Factor
Area
Método de Prueba
Tipo de Gas
Nivel de Concentración
Responsable

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACION DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 14-04-25 | 7:00 AM | 19-04-25 | 5:00 PM |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

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

Responsable SST Hoja HSE o Coordinador Trabajo en Alturas (CAP)

Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas.
Confirmo que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.

Responsable del trabajo a ejecutarse (CAP)

## HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Pulidora
Equipo para soldar
Taladro

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

Observaciones

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO: SST-CAP-074

Fecha: 06/01/2026

VERSION 03

**INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR**

Colegio Bolivia — Armado y Fabricacion de Estructuras metalicas

7 Dias

20 m

**INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO**

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS SI | EPS NO | ARL SI | ARL NO | CUENTA CON CAPACITACIÓN SI | CUENTA CON CAPACITACIÓN NO | VIGENCIA | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ERICK BOYACA | 1037597911 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 2 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 3 | [illegible] | 1177330574 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 4 | [illegible] Chacon | 1007222171 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 5 | Dimas Soto | 7355593 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 6 | Brandon de La Hoz | 1007892492 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 21-26 | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL**

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES**

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que cuenta ponga afectar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ERICK | 1037597911 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Alejandro 24 | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] Chacon | 1007222171 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES**

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que cuenta ponta afectar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | 1052735350 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOYACA | 1037597911 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 7701593 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES**

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que cuenta ponta afectar su actividad de soldadura? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | 7701593 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1072735359 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| [illegible] | 1007892492 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| ERICK BOYACA | 1037597911 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

ESTADO CONDICIONES SALUD - ANTECEDENTES PERSONALES DIA JUEVES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONALES DIA VIERNES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONALES DIA SABADO

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONALES DIA DOMINGO

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

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

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

**Pruebas Requeridas:**

| SI | NO |
|---|---|
| | ✓ |

**Prueba de Gases**

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

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

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 21-03-2025 | 7:00 AM | 26-03-25 | 5:00 PM |

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

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

Responsable SST/Vigia HSE ó Coordinador trabajo en Alturas (CAP)

Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas.
Confirmo que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.

Responsable del trabajo a ejecutarse (CAP)

## EQUIPOS A UTILIZAR

Pulidora
Equipo para soldar
Taladro

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO.

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

**Observaciones**

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

Tarea a realizar: Corte, doblado y fabricacion de estructuras metalicas

Fecha aprobado: 20/3

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CEDULA | EPS | ARL | CONDICIONES CAPACITACION | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | HORARIO | |
| 1 | Jhon Alexander | 1127950354 | | | | | 17-3 | |
| 2 | Jaime Sotelo | 1007337205 | | | | | 18-3 | |
| 3 | Oscar Ospina | 1007337205 | | | | | 19-3 | |
| 4 | Brandon Lozano | 1075287821 | | | | | 20-3 | |
| 5 | Erick Duran | 1035474781 | | | | | 21-3 | |
| 6 | Jhon Pedro | 1064935833 | | | | | 22-3 | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que impida poder efectuar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jhon Alexander | 1127950354 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Jaime Sotelo | 1007337205 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Oscar Ospina | 1007337205 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Brandon Lozano | 1075287821 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Erick Duran | 1035474781 | | | | | | | | | | | | | | |
| Pedro | 1064935833 | | | | | | | | | | | | | | |

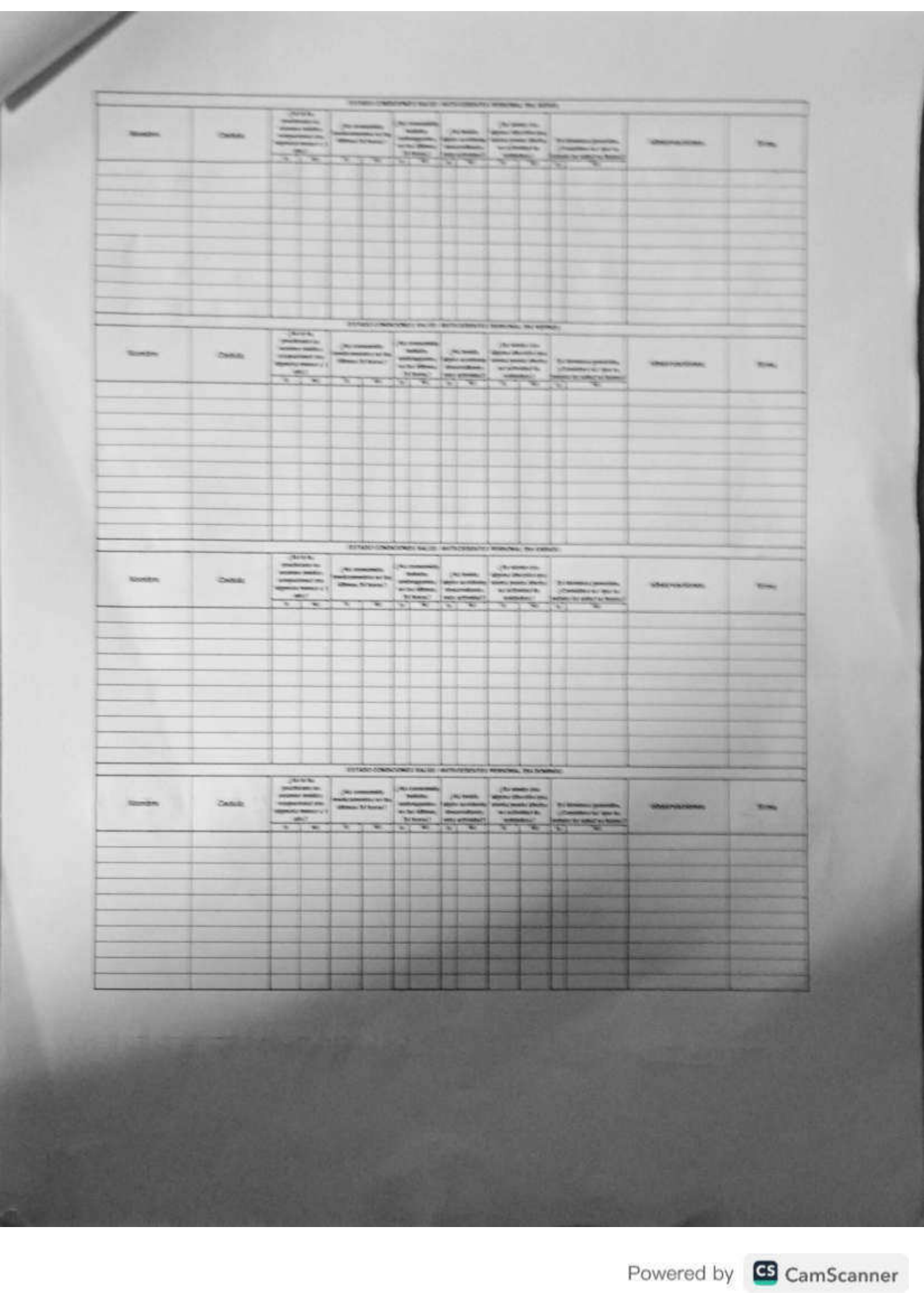
### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que impida poder efectuar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que impida poder efectuar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner



## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

## INICIACION, SUSPENSION Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 16-04-2024 | 2:00 PM | 5-05-24 | 2:00 PM |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

Jefe Zeres

Responsable del trabajo o ejecutante (CAP)

## EQUIPOS A UTILIZAR

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Agua | ☐ | Madera | ☐ | Gas natural | ☐ |
| Aire | ☐ | Gasolina | ☐ | Gas propano | ☐ |
| Energía | ☐ | ACPM | ☐ | Otros | ☐ |

## REVISIÓN CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO

| | Condiciones OK | No Conforme * |
|---|---|---|
| Orden y aseo | ☐ | ☐ |
| Manejo de residuos | ☐ | ☐ |
| Levantamiento de señalizaciones y advertencias implantadas (Si aplica) | ☐ | ☐ |
| Otras. Cuales? | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |

Observaciones

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

Colegio Bolivariano — Armado y fabricación de estructuras metálicas

9 días

20-ms

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CEDULA | APTO | | NO APTO | | CARGO QUE DESEMPEÑA | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | FECHA | |
| 1 | Jair Pico | 1087 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 25-06 | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONALES

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONALES DE LUNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que ponga en riesgo su actividad de palabras? | | En términos generales ¿Considera el que se encuentra en salud en buenas? | | Observaciones | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jair Pico | 1087 | ✓ | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONALES DE MARTES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que ponga en riesgo su actividad de palabras? | | En términos generales ¿Considera el que se encuentra en salud en buenas? | | Observaciones | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jair Pico | 1087 | ✓ | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONALES DE MIERCOLES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que ponga en riesgo su actividad de palabras? | | En términos generales ¿Considera el que se encuentra en salud en buenas? | | Observaciones | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jair Pico | 1087 | ✓ | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jeh: Pere | 1003282865 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jeh: Pere | 1003282865 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jeh: Pere | 1003282865 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

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

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

| | Necesidad | |
|---|---|---|
| | Si | No | V. |
| El área de trabajo necesita ser señalizada y/o se ha verificado: | | | |
| Demarcación perimetral | | | |
| Señales de peligro adicionales | | | |
| Cerrar la vía | | | |
| Iluminación adicional | | | |
| Superficies verticales, seguras, no resbaladizas | | | |
| Extintores adicionales | | | |
| El equipo ha sido: | | | |
| Desgasificado | | | |
| Limpiado con vapor | | | |
| ventilado | | | |
| Drenado | | | |
| Lavado con agua a presión | | | |
| Limpiado con aire a presión | | | |
| El equipo ha sido aislado con: | | | |
| Bridas ciegas | | | |
| Cierre de válvulas | | | |
| Cerrado y etiquetado | | | |
| Otros, Cual? | | | |
| Revisar: | | | |
| Área en busca de material combustibles | | | |
| Alcantarillas/fosas cercanes libres de sustancias/humo | | | |
| Alcantarillas/fosas cercanes protegidas contra chispa | | | |
| Disponibles equipos/cantidad suficientes | | | |
| Hay extintor/es, calibrado y buen estado | | | |
| Otras precauciones, Cuales? | | | |

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

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

| Prueban Respuestas: | Si | NO |
|---|---|---|
| Prueba de Gases | | |

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

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

## INICIACION, SUSPENSION Y REVOCACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 21-09-2023 | 7:00 AM | 26-09-23 | 2:00 PM |

| DESDE (DIA) | HORA | HASTA (DIA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

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

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

Yo he leído y entiendo las recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas.
Confirmo que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo ni el personal.

Responsable del trabajo o ejecutante (CAP)

## EQUIPOS A UTILIZAR

Calibrado
Equipo para soldar
taladro

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISION CONDICIONES DEL AREA AL TERMINAR EL TRABAJO

| | Conforme OK | No Conforme * |
|---|---|---|
| Orden y aseo | ☑ | ☐ |
| Manejo de residuos | ☐ | ☐ |
| Levantamiento de señalización o elementos especiales (Si aplica) | ☐ | ☐ |
| Otros, Cuales? | ☐ | ☐ |

Observaciones

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

Colegio Montado y fabricacion de estructura metalica

Fecha 7 mes 2021

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | N° CEDULA | EPS | ARL | CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA | | | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | OBSERVACIONES | |
| 1 | Jair Perez | 1003[illegible]36 | ✓ | | ✓ | | M-19 | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD - ANTECEDENTES PERSONAL

ESTADO CONDICIONES SALUD - ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia no mayor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en los últimos 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Ha sentido con alguna afección que pueda poner afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jair Perez | 1003[illegible]36 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD - ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia no mayor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en los últimos 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Ha sentido con alguna afección que pueda poner afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jair Perez | 1003[illegible]36 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD - ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia no mayor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en los últimos 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Ha sentido con alguna afección que pueda poner afectar su actividad de soldadura? | | En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Jair Perez | 1003[illegible]36 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna afección que cuente pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con alguna afección que cuente pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera ud que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jeff Lara | 1032324 | ✓ | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

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

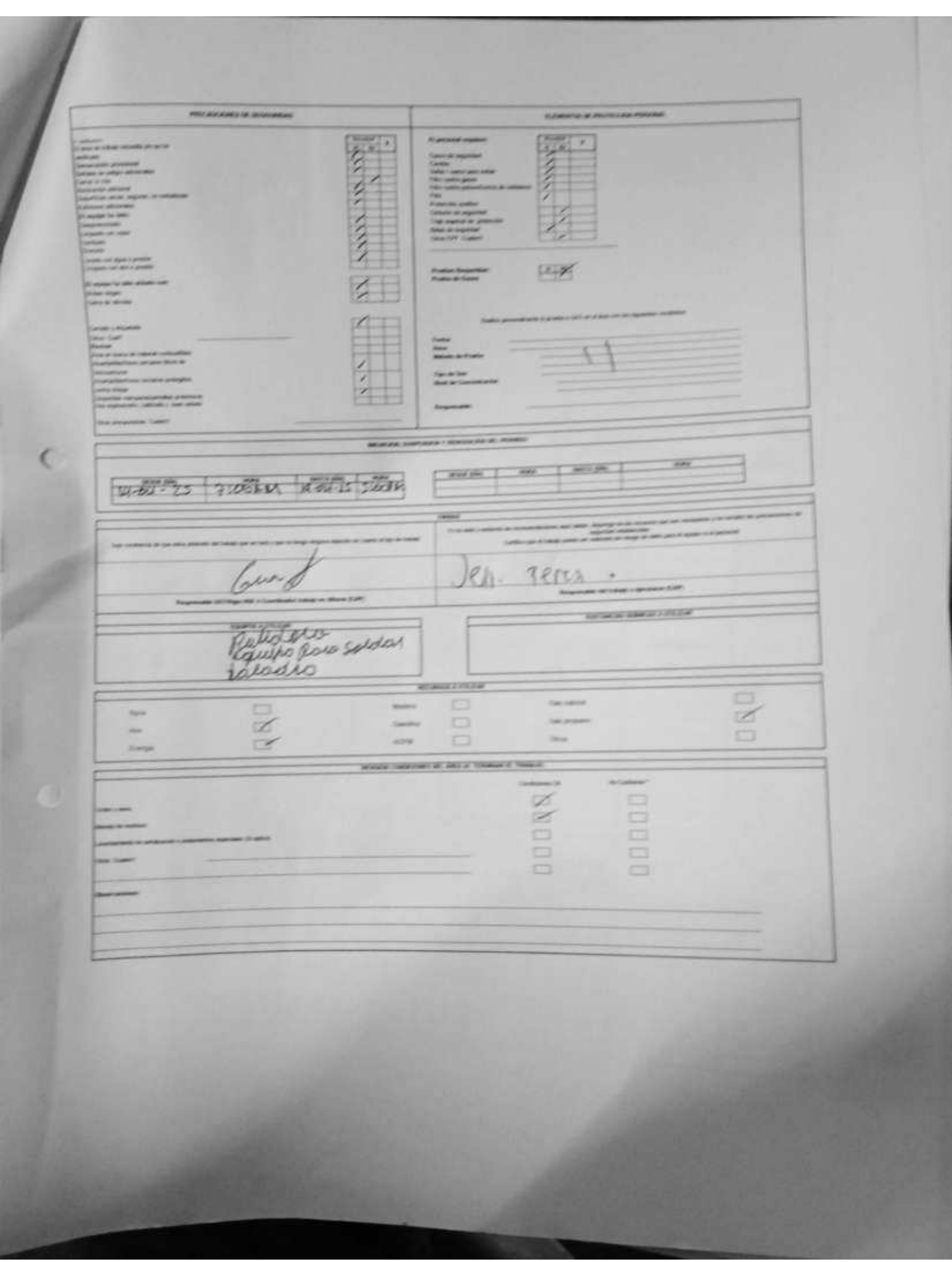
ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

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

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR

Trabajo a realizar: Colocación Armado y fabricación de estructura metalica

Duración estimada: 7 días

Altura aproximada: 20 m

Número de personas en el trabajo:

INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CEDULA | EPS SI | EPS NO | ARL SI | ARL NO | CAPACITACIÓN / APROBACIÓN SI | CAPACITACIÓN / APROBACIÓN NO | CAPACITACIÓN / APROBACIÓN observar | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jhon Sallath Jhon Johan | 1003[illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7.12 | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se encuentra medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jhon Pere | 1003[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se encuentra medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jhon Pere | 1003[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se encuentra medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? SI | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de soldadura? NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? NO | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jhon Pere | 1003[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

Powered by CamScanner

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que afecte para ejercer su actividad de soldadura? | | En terminos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que afecte para ejercer su actividad de soldadura? | | En terminos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que afecte para ejercer su actividad de soldadura? | | En terminos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

| Nombre | Cedula | ¿Se le ha practicado un examen medico ocupacional con vigencia menor a 1 año? | | ¿Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las ultimas 24 horas? | | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? | | ¿Se siente con alguna afección que afecte para ejercer su actividad de soldadura? | | En terminos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? | | observaciones | firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

## INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 7-04-2025 | 7:00 AM | 12-04-25 | 5:00 PM |

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

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

Responsable SST/Vigía HSE o Coordinador Trabajo en Alturas (CAT)

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

Responsable del trabajo o ejecutante (CAT)

## EQUIPOS A UTILIZAR

Arnés
Equipo de Soldadura
Taladro

## SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

## RECURSOS A UTILIZAR

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

## REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

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

Observaciones

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| | **PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS** | CODIGO SST-CAP-004<br>FECHA 04/01/2025<br>VERSION 02 |

**INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR**

Trabajo a realizar: armado y fabricacion de estructura metalica
Lugar: Colegio Bello
Duración estimada: 3 días
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo:

**1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO**

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CEDULA | EPS | | ARL | | FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | | VIGENCIA | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

**2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES**

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

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

Powered by CamScanner

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES**

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

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES**

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

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO**

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

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO**

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

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

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El area de trabajo necesita o se ha verificado

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

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

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

## 4. INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 28-04-25 | 9:00 AM | 02-05-25 | 5:00 PM |

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

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

Responsable de actividad con alto riesgo

Responsable de Seguridad Industrial y Trabajo (CAT)

## EQUIPOS A UTILIZAR

eslinga
arnes
linea de vida

## HERRAMIENTAS QUE SE VAN A UTILIZAR

Pentinos

## 5. RECURSOS A UTILIZAR

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

## 6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

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

Observaciones

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Empresa y sede: Agremiados y Trabajadores de Estudiantes - Medellín
Cargo: Colegio Bolívar
Proyecto asignado: 3 Pisos
Altura aproximada: 10 Mts

## 1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | N° CÉDULA | EPS | ARL | PERSONAS CERTIFICADAS EN ALTURAS (SI) | PERSONAS CERTIFICADAS EN ALTURAS (NO) | CONTACTO DE EMERGENCIA | PARENTESCO CONTACTO DE EMERGENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1037580371 | | | | | 3 - 26 | [illegible] |
| 2 | [illegible] | [illegible] | | | | | 3 - 42 | [illegible] |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |

## 2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DA LORES

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | ¿Le tiene miedo a las alturas? NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo, mareos? SI | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo, mareos? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna situación que pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | ¿Se siente con alguna situación que pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? NO | Observaciones generales (¿Considera usted que su estado de salud es bueno?) SI | Observaciones generales (¿Considera usted que su estado de salud es bueno?) NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1037580371 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DA LORES

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | ¿Le tiene miedo a las alturas? NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo, mareos? SI | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo, mareos? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna situación que pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | ¿Se siente con alguna situación que pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? NO | Observaciones generales (¿Considera usted que su estado de salud es bueno?) SI | Observaciones generales (¿Considera usted que su estado de salud es bueno?) NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1037580371 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DA MEDICOS

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | ¿Le tiene miedo a las alturas? NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo, mareos? SI | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo, mareos? NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? NO | ¿Se siente con alguna situación que pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | ¿Se siente con alguna situación que pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? NO | Observaciones generales (¿Considera usted que su estado de salud es bueno?) SI | Observaciones generales (¿Considera usted que su estado de salud es bueno?) NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1037580371 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | [illegible] | [illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

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

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

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

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

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

## ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

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

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

Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El área de trabajo necesita o se le verificado:

| | Necesidad | | Revisión 1 | | Revisión 2 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | B | M | B | M |
| Señalización preventiva | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Cintas de peligro adhesivas | | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| Cierre las vías | | | ✓ | | ✓ | |
| Señalización Adicional | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Superficies secas, no resbalosas | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Puntos de anclaje | ✓ | | ✓ | | ✓ | |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

| | Necesidad | | Revisión 1 | | Revisión 2 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | B | M | B | M |
| Línea de vida vertical (Verificar puntos de anclaje) | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Línea de vida horizontal (Verificar puntos de anclaje) | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| Arnés de seguridad | ✓ | | ✓ | | ✓ | |

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

| | Necesidad | | Revisión 1 | | Revisión 2 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | B | M | B | M |
| eslinga sencilla | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| eslinga ajustable | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| eslinga en "Y" | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| eslinga posicionamiento | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| eslinga con absorbedor | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| mosquetones con doble seguro | ✓ | | ✓ | | ✓ | |

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

## 4. INDUCCIÓN, SUSPENSIÓN Y RENOVACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 21-04-25 | 7:00 AM | 26-04-25 | 5:00 PM |

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

| Responsable SST/Apoyo HSE/Coordinador trabajo en Alturas (CAP) | Responsable de aplicar el plan de emergencia | Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP) |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |

## EQUIPOS A UTILIZAR

eslinga
linea de vida
arnes

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

Pintura

## 5. RECURSOS A UTILIZAR

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

## 6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

| Ordén y aseo | Condiciones OK | No Conforme * |
|---|---|---|
| Tipo de residuos | ☑ | ☐ |
| Elemento de señalización o mantenimiento empleados (Si aplica) | ☑ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |

¿Otras Cuales?

Observaciones

Powered by CamScanner

# PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

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

**INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR**

Trabajo a realizar: Armado y fabricacion de estructura metalica
Lugar: Colegio Bolivia
Duración estimada: 7 dias
Altura aproximada: 20 m
Número de personas en el trabajo:

**1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO**

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | N° CÉDULA | EPS SI | EPS NO | ARL SI | ARL NO | FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS SI | FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS NO | VIGENCIA | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1072750321 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-10 | |
| 2 | [illegible] | 1053662664 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-10 | |
| 3 | [illegible] | 1007772775 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 14-10 | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

**2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES**

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES

| N° | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1072750321 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | [illegible] | 1053662664 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | [illegible] | 1007772775 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

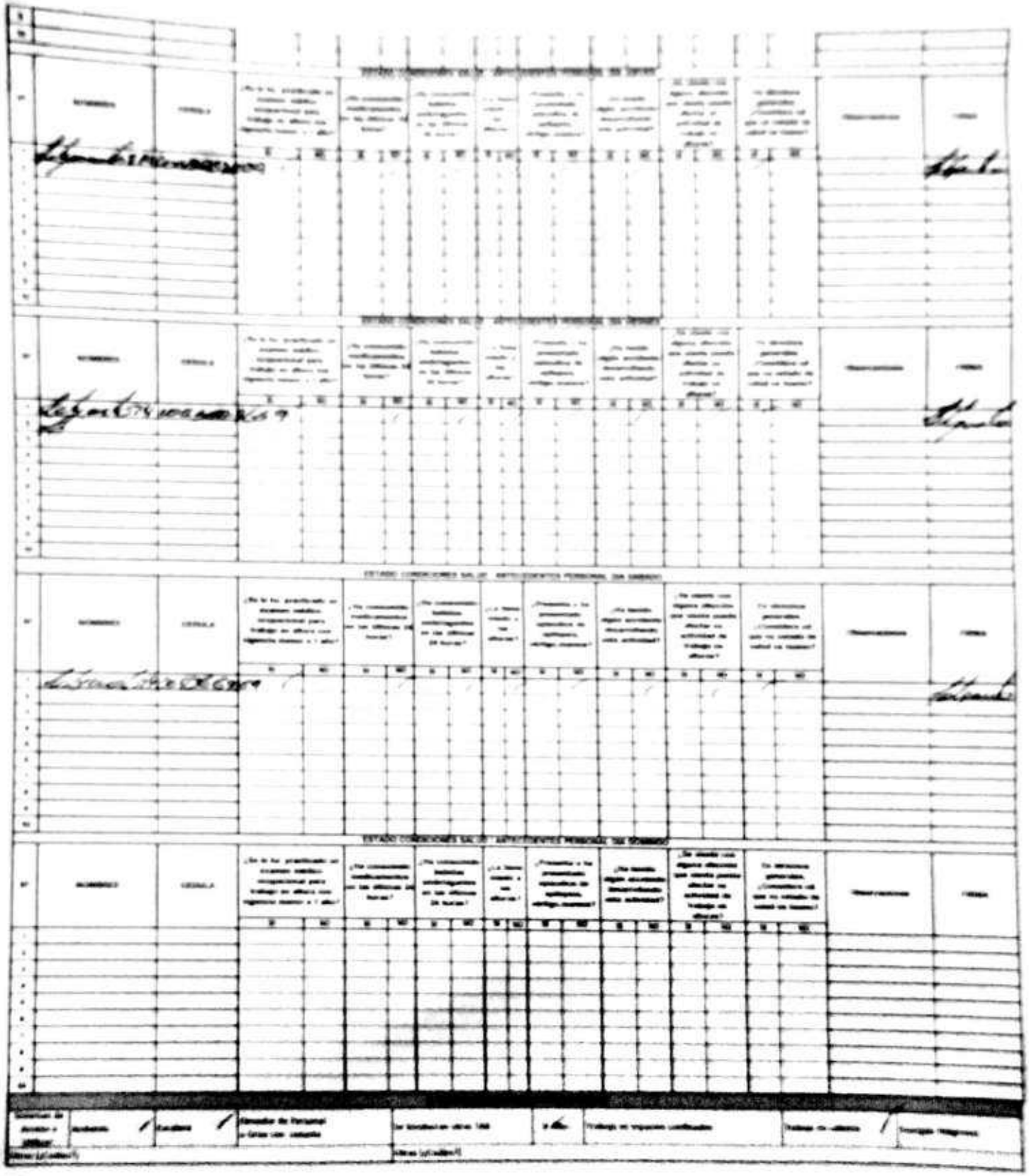
ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES

| N° | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1072750321 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | [illegible] | 1053662664 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | [illegible] | 1007772775 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES

| N° | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1072750321 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | [illegible] | 1053662664 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

## PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

El área de trabajo necesita o se ha verificado:

Demarcación provisional
Señales de peligro adicionales
Cierre las vías
Iluminación Adicional
Superficies lavas no resbalosas
Puntos de anclaje

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal requiere:

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

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

entrega suficiente
entrega ajustable
entrega en "Y"
entrega posicionamiento
entrega con absorbedor
incapacitados con dobe seguro

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

## 4. INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN DEL PERMISO

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 14-05-25 | 7:00 AM | 19-04-25 | 5:00 PM |

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

## FIRMAS

Doy constancia de que antes ordenado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo

Responsable SST/Apoyo HSE / Coordinador trabajo en Alturas (CAP)

Doy constancia de que antes ordenado del trabajo que se hará y que no tengo ninguna objeción en cuanto al tipo de trabajo

Responsable de aplicar el plan de emergencia

Yo he leído y entendido los recomendaciones aquí dadas, dispongo de los recursos que son necesarios y he tomado las precauciones de seguridad establecidas.
Confirmo que el trabajo puede ser realizado sin riesgo de daño para el equipo o el personal

Responsable de Autorizar el Trabajo (CAP)

## EQUIPOS A UTILIZAR

eslingo
linea de vida
arnes

## SUSTANCIAS QUIMICAS A UTILIZAR

Co - Pintura

## 5. RECURSOS A UTILIZAR

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

## 6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

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

Observaciones

Powered by CamScanner

| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | CODIGO SST-CAP-004 |
|---|---|---|
| | | FECHA 04/01/2025 |
| | | VERSION 02 |

**INFORMACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR**

Trabajo a realizar: armado y fabricacion de estructura metalica
Lugar: Colegio Bolivar
Duración estimada: 7 dias
Altura aproximada: 20 m
Numero de personas en el trabajo:

**1. INFORMACIÓN DEL EJECUTOR (ES) DEL TRABAJO**

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº CÉDULA | EPS SI | EPS No | ARL SI | ARL No | FORMACION PARA TRABAJO EN ALTURAS SI | FORMACION PARA TRABAJO EN ALTURAS NO | VIGENCIA | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1077[illegible]359 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 2 | [illegible] | 1143[illegible]669 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 3 | [illegible] | 1007[illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 4 | [illegible] | 1076[illegible] | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 7-12 | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

**2. ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES**

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA LUNES**

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1077[illegible]359 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | [illegible] | 1143[illegible]669 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MARTES**

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1077[illegible]356 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | [illegible] | 1076[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | [illegible] | 1143[illegible]669 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ESTADO CONDICIONES SALUD / ANTECEDENTES PERSONAL DIA MIERCOLES**

| Nº | NOMBRES | CEDULA | ¿Se le ha practicado un examen médico ocupacional para trabajo en altura con vigencia menor a 1 año? SI | NO | ¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Ha consumido bebidas embriagantes en las últimas 24 horas? SI | NO | ¿Le tiene miedo a las alturas? SI | NO | ¿Presenta o ha presentado episodios de epilepsia, vértigo,mareos? SI | NO | ¿Ha tenido algún accidente desarrollando esta actividad? SI | NO | ¿Se siente con alguna afección que sienta pueda afectar su actividad de trabajo en alturas? SI | NO | En términos generales, ¿Considera usted que su estado de salud es bueno? SI | NO | Observaciones | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1077[illegible]356 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | [illegible] | 1076[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 3 | [illegible] | 1007[illegible] | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 4 | [illegible] | 1143[illegible]669 | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

ESTADO CONDICIONES SALUD - ANTECEDENTES PERSONAL DIA JUEVES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD - ANTECEDENTES PERSONAL DIA VIERNES

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

ESTADO CONDICIONES SALUD - ANTECEDENTES PERSONAL DIA SABADO

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

ESTADO CONDICIONES SALUD - ANTECEDENTES PERSONAL DIA DOMINGO

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

2. MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Controles de ingeniería utilizar | Andamios | ✓ | Escaleras | ✓ | Elevador de personal o Grúa con canastilla | | Se mantendrán dentro CAR | ✓ | Trabajo en espacios confinados | | Trabajo en caliente | ✓ | Izamiento Mitigación |
| Otros (Cuales?) | | | | | | | Otros (Cuales?) | | | | | | |

Powered by CamScanner

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

4. INICIACIÓN, SUSPENSIÓN Y TERMINACIÓN DEL PERMISO

| FECHA (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| 4-04-2025 | 7:00 a.m. | 12-04-25 | 5:00 p.m. |

| DESDE (DÍA) | HORA | HASTA (DÍA) | HORA |
|---|---|---|---|
| | | | |

FIRMAS

Arco

Cano

Jhon Rojas

EQUIPOS A UTILIZAR

Arco
Cinco de Vidrio
Cano

SUSTANCIAS QUÍMICAS A UTILIZAR

Pintura

5. RECURSOS A UTILIZAR

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

6. REVISIÓN CONDICIONES DEL ÁREA AL TERMINAR EL TRABAJO

| | Condiciones OK | No Conforme * |
|---|---|---|
| Orden y aseo | ☑ | ☐ |
| Manejo de residuos | ☑ | ☐ |
| Almacenamiento de señalización y equipamiento especiales (Si aplica) | ☐ | ☐ |
| Otros. Cuáles? | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |

Observaciones

Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE VIGENCIA | DEL DIA | 31 | AL DIA | 5 | MES Y AÑO | 3/4 2025 | PERMISO DE TRABAJO Nº: | #1. |
| LUGAR DE OPERACIÓN: | Colegio Boita | | | | | | | | |
| EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN: | Taladro, Pulidora herramientas de mano | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: | Mamposteria y enchape en General, Drywall, pintora. | | | | | | | | |
| EQUIPO QUE ELABORA EL ATS: | Residente de obra, inspector sst y trabajadores. | | | | | | | | |

## FIRMA APERTURA ATS

| CARGO | NOMBRE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| RESIDENTE DE OBRA | Sebastian Ossa | 1.032.481.368 | Sebastian Ossa |
| INSPECTOR SST | Katherine Barreto | 1.000.806.477 | Katherine Barreto |



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| ALISTADO DE PISOS | LIMPIEZA DE PISO<br>HIDRATAR SUELO<br>ALISTADO DE PUNTOS<br>CARGUE DE PISO<br>RASPAR PISO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| ALISTADO DE PISOS IMPERMEABILIZADOS | LIMPIEZA DE PISO<br>HIDRATAR SUELO<br>LISTADO DE PUNTOS<br>CARGUE DE PISO<br>RASPAR PISO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIÓN DE BALDOSAS | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIÓN DE GRANITO PULIDO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | |
| INSTALACIÓN DE GUARDAESCOBAS MEDIACAÑA VIDRIO PRENSADO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIONES GUARDAESCOBAS BALDOSA BLANCO HUILA EN GRANITO PULIDO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| LIMPIEZA SUPERFICIES DE MUROS EN LADRILLO A LA VISTA (LAVADO) | RASPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA<br>LIMPIEZA CON TAPETE SECO<br>LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE<br>APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCIÓN MURO LADRILLO LIMPIO O CONCRETO | RASPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA<br>LIMPIEZA CON TAPETE SECO<br>LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO<br>EN RINCE<br>APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| DILATACIONES PARA PISO EN PLACA | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>HIDRATACIÓN DE ESPACIO<br>CIMBRADO<br>CORTE DE PLACA<br>LIMPIEZA DE DILATACIÓN<br>APLICACIÓN DE SIKAFLEX | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| MURO BORDE EN CONCRETO 3000 PSI INCLUYE ANCLAJES Y ARMADO DE ACERO | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>DEMARCACIÓN DEL ESPACIO<br>CIMBRADO<br>HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO<br>APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE<br>ARMADO DE FORMALETAS<br>HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO<br>APLICACIÓN DEL CONCRETO<br>MODELADO DE BORDILLO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS,BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES,ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| CAMBIO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA | SEÑALIZACIÓN DE PIEZAS A CAMBIAR<br>RETIRADO DE PIEZAS<br>DESPICADAS O ROTAS<br>LISTADO DE PIEZAS A COLOCAR<br>CORTADO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA<br>PREPARACIÓN DE MEZCLA<br>PEGADO DE PIEZAS NUEVAS<br>LIMPIEZA DE LADRILLO PEGADO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN LADRILLO PORTANTE 30 TERRACOTA DE 29*14.5*9 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO<br>SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN LADRILLO PRENSADO LIVIANO 6 CM TERRACOTA 24.5*12*6 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO<br>SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN BLOQUE NO. 5 CON PERFORACION VERTICAL R DE 33*11.5*23 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | MECÁNICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| COLUMNETAS EN CONCRETO ARMADO,INCLUYE ANCLAJES | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>DEMARCACIÓN DEL ESPACIO<br>CIMBRADO<br>HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO<br>APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE<br>ARMADO DE FORMALETAS<br>HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO<br>APLICACIÓN DEL CONCRETO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| PAÑETE IMPERMEABILIZADO 1:3, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES | LIMPIEZA DE LA ZONA<br>HIDRATAR MURO<br>ALISTADO DE MEZCLA<br>ALISTADO DE PUNTOS<br>APLICACION DE PAÑETE<br>RASPAR MURO<br>AFINAR MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| VIGACINTAS Y VIGAS CANCHADAS EN CONCRETO | REVISIÓN DE NIVEL<br>COLOCACIÓN DE GRAFILES<br>CORTE DE PIEZAS<br>TAPADO DE HUECOS EN LADRILLO<br>PREPARACIÓN DE MEZCLA FUNDIDA DE VIGAS CINTAS | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| RELLENO CON MATERIAL IMPORTADO B-400 | LIMPIEZA DE ZONA DE TRABAJO<br>COORDINACIÓN DE NIVELES<br>SE ESPARCE EL MATERIAL A COMPACTAR CADA 20 CM<br>COMPACTACIÓN CON CANGURO<br>APLICACIÓN DE AGUA PARA APRETAR EL TERRENO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS,<br>BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| INSTALACIÓN DE DRIWALL | PREPARAR SUPERFICIE.<br>TOMA DE MEDIDAS.<br>CORTE DE LAMINA.<br>CORTE DE ESTRUCTURA EN ALUMINIO.<br>TIROTEAR ESTRUTURA Y PARALES.<br>INSTALACIÓN DE FRESCASA.<br>PONER TAPA CON TORNILLOS.<br>SELLAR CON YESO, ESTUCO Y PINTAR | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | MATERIAL PARTICULADO<br>PROYECCIÓN DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS<br>TRABAJO EN ALTURAS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE, FRACTURAS, AMPUTACIONES | -USO CONTINUO DE EPP<br>- AUTOCUIDADO<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>- CHARLA PREOPERACIONAL |
| DESTRONQUE DE PISOS | Limpieza profunda, restauración y abrillantado de piso | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | MATERIAL PARTICULADO<br>PROYECCIÓN DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES | -USO CONTINUO DE EPP<br>- AUTOCUIDADO<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>- CHARLA PREOPERACIONAL |



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|

**EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | ☑ | Guantes | ☑ | Protección respiratoria | ☑ | Botas de seguridad | ☑ |
| Protección Auditiva | ☑ | Equipos de protección contra caídas | ☑ | Gafas de seguridad | ☑ | Permiso de Trabajo Requeridos | ☑ |
| Extintores | ☑ | Charla pre-operacional | ☑ | Señalización y acordonamiento | ☑ | Charla pre-operacional | ☑ |

**FIRMA DIVULGACIÓN A TRABAJADORES**

| No. | NOMBRE COMPLETO | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|---|
| 1 | Johan Steven Cadena Hernandez | 1030648798 | |
| 2 | YIMER CAMACHO VELANDIA | 1033769293 | |
| 3 | Jose Isidro Herrera V | 18410 548 | |
| 4 | | 1047511435 | |
| 5 | Helmer Macias | 79518373 | Helmer |
| 6 | Alejandro Pedreza | 79788085 | |
| 7 | | 79887483 | |
| 8 | | | |



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE VIGENCIA | DEL DIA | 7 | AL DIA | 12 | MES Y AÑO | 04/2025. | PERMISO DE TRABAJO Nº: | #2. |
| LUGAR DE OPERACIÓN: | Colegio Boita | | | | | | | | |
| EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN: | Taladro, Pulidora, herramientas de mano. | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: | Mampostería y enchape en General, Pintura, Drywall, Etc. | | | | | | | | |
| EQUIPO QUE ELABORA EL ATS: | Residente de obra, inspector sst y trabajadores | | | | | | | | |

## FIRMA APERTURA ATS

| CARGO | NOMBRE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| RESIDENTE DE OBRA | Sebastian Ossa | 1.032.481.868 | Sebastian Ossa |
| INSPECTOR SST | Katherine Barrieto | 1.000.806.477 | Katherine Barrieto |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| ALISTADO DE PISOS | LIMPIEZA DE PISO<br>HIDRATAR SUELO<br>ALISTADO DE PUNTOS<br>CARGUE DE PISO<br>RASPAR PISO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| ALISTADO DE PISOS IMPERMEABILIZADOS | LIMPIEZA DE PISO<br>HIDRATAR SUELO<br>LISTADO DE PUNTOS<br>CARGUE DE PISO<br>RASPAR PISO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIÓN DE BALDOSAS | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIÓN DE GRANITO PULIDO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | |
| INSTALACIÓN DE GUARDAESCOBAS MEDIACAÑA VIDRIO PRENSADO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIONES GUARDAESCOBAS BALDOSA BLANCO HUILA EN GRANITO PULIDO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| LIMPIEZA SUPERFICIES DE MUROS EN LADRILLO A LA VISTA (LAVADO) | RASPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA<br>LIMPIEZA CON TAPETE SECO<br>LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE<br>APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCIÓN MURO LADRILLO LIMPIO O CONCRETO | RASPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA<br>LIMPIEZA CON TAPETE SECO<br>LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO<br>EN RINCE<br>APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| DILATACIONES PARA PISO EN PLACA | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>HIDRATACIÓN DE ESPACIO<br>CIMBRADO<br>CORTE DE PLACA<br>LIMPIEZA DE DILATACIÓN<br>APLICACIÓN DE SIKAFLEX | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| MURO BORDE EN CONCRETO 3000 PSI INCLUYE ANCLAJES Y ARMADO DE ACERO | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>DEMARCACIÓN DEL ESPACIO<br>CIMBRADO<br>HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO<br>APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE<br>ARMADO DE FORMALETAS<br>HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO<br>APLICACIÓN DEL CONCRETO<br>MODELADO DE BORDILLO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS,BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES,ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |




Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| CAMBIO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA | SEÑALIZACIÓN DE PIEZAS A CAMBIAR<br>RETIRADO DE PIEZAS DESPICADAS O ROTAS<br>LISTADO DE PIEZAS A COLOCAR<br>CORTADO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA<br>PREPARACIÓN DE MEZCLA<br>PEGADO DE PIEZAS NUEVAS<br>LIMPIEZA DE LADRILLO PEGADO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN LADRILLO PORTANTE 30 TERRACOTA DE 29*14.5*9 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO<br>SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN LADRILLO PRENSADO LIVIANO 6 CM TERRACOTA 24.5*12*6 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO<br>SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN BLOQUE NO. 5 CON PERFORACION VERTICAL R DE 33*11.5*23 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | MECÁNICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| COLUMNETAS EN CONCRETO ARMADO,INCLUYE ANCLAJES | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>DEMARCACIÓN DEL ESPACIO<br>CIMBRADO<br>HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO<br>APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE<br>ARMADO DE FORMALETAS<br>HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO<br>APLICACIÓN DEL CONCRETO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| PAÑETE IMPERMEABILIZADO 1:3, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES | LIMPIEZA DE LA ZONA<br>HIDRATAR MURO<br>ALISTADO DE MEZCLA<br>ALISTADO DE PUNTOS<br>APLICACION DE PAÑETE<br>RASPAR MURO<br>AFINAR MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| VIGACINTAS Y VIGAS CANCHADAS EN CONCRETO | REVISIÓN DE NIVEL<br>COLOCACIÓN DE GRAFILES<br>CORTE DE PIEZAS<br>TAPADO DE HUECOS EN LADRILLO<br>PREPARACIÓN DE MEZCLA<br>FUNDIDA DE VIGAS CINTAS | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| RELLENO CON MATERIAL IMPORTADO B-400 | LIMPIEZA DE ZONA DE TRABAJO<br>COORDINACIÓN DE NIVELES<br>SE ESPARCE EL MATERIAL A COMPACTAR CADA 20 CM<br>COMPACTACIÓN CON CANGURO<br>APLICACIÓN DE AGUA PARA APRETAR EL TERRENO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | -USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| INSTALACIÓN DE DRIWALL | PREPARAR SUPERFICIE.<br>TOMA DE MEDIDAS.<br>CORTE DE LAMINA.<br>CORTE DE ESTRUCTURA EN ALUMINIO.<br>TIROTEAR ESTRUTURA Y PARALES.<br>INSTALACIÓN DE FRESCASA.<br>PONER TAPA CON TORNILLOS.<br>SELLAR CON YESO, ESTUCO Y PINTAR | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | MATERIAL PARTICULADO<br>PROYECCIÓN DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS<br>TRABAJO EN ALTURAS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE, FRACTURAS, AMPUTACIONES | -USO CONTINUO DE EPP<br>- AUTOCUIDADO<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>- CHARLA PREOPERACIONAL |
| PINTURA | APLICACIÓN DE PINTURA EN SUPERFICIES INTERIORES Y EXTERIORES. | VAPORES TÓXICOS, CONTACTO CON LA PIEL, TRABAJO EN ALTURA. | INHALACIÓN DE SUSTANCIAS, IRRITACIÓN CUTÁNEA, CAÍDA A NIVEL. | INTOXICACIÓN, ALERGIAS, LESIONES POR CAÍDA A NIVEL. | USO DE MASCARILLA, GUANTES, GAFAS DE SEGURIDAD Y ARNÉS SI SE TRABAJA EN ALTURA. VENTILACIÓN ADECUADA. |
| LIJADO | DESBASTE DE SUPERFICIES CON LIJAS MANUALES O ELÉCTRICAS. | POLVO EN SUSPENSIÓN, PARTÍCULAS PROYECTADAS, HERRAMIENTAS CORTANTES. | INHALACIÓN DE POLVO, IMPACTO DE PARTÍCULAS, CORTES EN MANOS. | ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, CORTES, IRRITACIÓN OCULAR. | USO DE MASCARILLA, GUANTES RESISTENTES, GAFAS DE SEGURIDAD Y ADECUADA VENTILACIÓN. |
| ESTUCO | APLICACIÓN DE ESTUCO EN MUROS Y TECHOS. | CONTACTO CON PRODUCTOS QUÍMICOS, CAÍDA DE HERRAMIENTAS. | IRRITACIÓN CUTÁNEA, IMPACTO DE HERRAMIENTAS EN EL CUERPO. | IRRITACIÓN EN LA PIEL Y OJOS, GOLPES EN EXTREMIDADES. | USO DE GUANTES, GAFAS DE SEGURIDAD Y MASCARILLA. |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| DESTRONQUE DE PISOS | Limpieza profunda, restauración y abrillantado de piso | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | MATERIAL PARTICULADO<br>PROYECCIÓN DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES | -USO CONTINUO DE EPP<br>- AUTOCUIDADO<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>- CHARLA PREOPERACIONAL |
| ARREGLOS LOCATIVOS EN GENERAL | REPARACIONES MENORES EN INFRAESTRUCTURA, INSTALACIÓN DE ACCESORIOS, MANTENIMIENTO DE SUPERFICIES. | USO DE HERRAMIENTAS MANUALES Y ELÉCTRICAS, EXPOSICIÓN A POLVO Y PRODUCTOS QUÍMICOS, TRABAJO EN ALTURA. | CORTES, IMPACTOS, CAÍDAS, INHALACIÓN DE SUSTANCIAS TÓXICAS. | LESIONES EN EXTREMIDADES, INTOXICACIÓN, FRACTURAS. | USO DE EPP ADECUADOS, INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS ANTES DE SU USO, TRABAJO EN SUPERFICIES SEGURAS, VENTILACIÓN ADECUADA. |
| LAVADO DE FACHADA | LIMPIEZA PROFUNDA DE FACHADAS DE LADRILLO A LA VISTA MEDIANTE TÉCNICAS DE DESCOLGADO (ACCESO POR CUERDA). SE USA ÁCIDO PARA REMOVER MANCHAS, MOHO O EFLORESCENCIAS | ALTURAS<br>SUSTANCIAS QUÍMICAS CORROSIVAS (ÁCIDO)<br>SUPERFICIES HÚMEDAS<br>HERRAMIENTAS MANUALES<br>RADIACIÓN SOLAR<br>ELECTRICIDAD | CAÍDA POR FALLA DE ANCLAJE, MAL USO DEL SISTEMA O DESLIZAMIENTO<br>QUEMADURAS POR CONTACTO O SALPICADURAS DE ÁCIDO<br>INHALACIÓN DE VAPORES CORROSIVOS<br>GOLPES POR CAÍDA DE HERRAMIENTAS O CONTACTO CON LA FACHADA<br>ELECTROCUCIÓN<br>FATIGA O GOLPE DE CALOR | LESIONES GRAVES O MUERTE POR CAÍDA<br>QUEMADURAS QUÍMICAS EN PIEL, OJOS O VÍAS RESPIRATORIAS<br>INTOXICACIÓN<br>LESIONES A TERCEROS POR CAÍDA DE OBJETOS<br>ELECTROCUCIÓN<br>DAÑOS ESTRUCTURALES O ESTÉTICOS EN LA FACHADA | - SISTEMA DE DESCOLGADO CERTIFICADO CON DOBLE LÍNEA (LÍNEA DE TRABAJO Y DE VIDA)<br>- INSPECCIÓN DIARIA DE EQUIPOS Y PUNTOS DE ANCLAJE<br>- EPP COMPLETO: ARNÉS, CASCO, GUANTES DE NITRILO, GAFAS, MASCARILLA CON FILTRO PARA ÁCIDOS, BOTAS ANTIDESLIZANTES Y TRAJE IMPERMEABLE<br>- SEÑALIZACIÓN DEL ÁREA INFERIOR<br>- MANIPULACIÓN SEGURA Y ALMACENAMIENTO ADECUADO DEL ÁCIDO<br>- CAPACITACIÓN EN TRABAJO EN ALTURAS Y MANEJO DE QUÍMICOS<br>- REALIZAR LA ACTIVIDAD SOLO EN CONDICIONES CLIMÁTICAS FAVORABLES<br>- DISPONER DE KIT DE PRIMEROS |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | AUXILIOS Y PLAN DE RESCATE EN ALTURA |
| ORDEN Y ASEO | LIMPIEZA Y ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO. | SUPERFICIES RESBALOSAS, PRODUCTOS QUÍMICOS. | RESBALONES, CAÍDAS, CONTACTO CON SUSTANCIAS PELIGROSAS. | GOLPES, FRACTURAS, IRRITACIONES EN LA PIEL. | USO DE EPP, ALMACENAMIENTO SEGURO DE PRODUCTOS QUÍMICOS, SEÑALIZACIÓN DE ÁREAS HÚMEDAS. |

**EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | ☑ | Guantes | ☑ | Protección respiratoria | ☑ | Botas de seguridad | ☑ |
| Protección Auditiva | ☑ | Equipos de protección contra caídas | ☑ | Gafas de seguridad | ☑ | Permiso de Trabajo Requeridos | ☑ |
| Extintores | ☑ | Charla pre-operacional | ☑ | Señalización y acordonamiento | ☑ | Charla pre-operacional | ☑ |

**FIRMA DIVULGACIÓN A TRABAJADORES**

| No | NOMBRE COMPLETO | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|---|
| 1 | YIMER CAYACHO VELANDIA | 1.033729293 | YIMER CAYACHO |
| 2 | Johan Steven Cadena Hernandez | 1030675298 | Johan Cadena. |
| 3 | Helmer Macias Rubio | 79518373 | Helmer |
| 4 | Josi Isidro Herrera V | 18410 548 | Jos Isidro. |



Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Alexander C. Morales Delgado Nuñez | 1047511435 | Alexander C. Delgado Nuñez |
| 6 | ALEXANDER GARCIA SAAVEDRA | 80150047 | ALEXANDER |
| 7 | Wilson Steward Aragon Cordoba | 1026584054 | Wilson Steward |
| 8 | ALEJANDRO PEDROZA | 79780385 | |
| 9 | JEISSON PALACIOS | 1033738909 | JEISSON PALACIOS |
| 10 | STEVEN CIFUENTES | 1010029177 | STEVEN CIFUENTES |
| 11 | gustavo osta | 1024529613 | |
| 12 | Ivan cifuentes | 1000 722 784 | Ivan Cifuentes |
| 13 | Yeny cifuentes | Vecinobaco | |
| 14 | Michael Jimenez | 1031130128 | |
| 15 | William Gomez | 9074527 | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE VIGENCIA | DEL DIA | 14 | AL DIA | 19 | MES Y AÑO | 04/2025. | PERMISO DE TRABAJO Nº: | 3. |
| LUGAR DE OPERACIÓN: | Colegio Bosta | | | | | | | |
| EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN: | Taladro, Pulidora, herramientas de mano, escalera, andamio Etc. | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: | Mamposteria y enchape General, brillado de piso | | | | | | | |
| EQUIPO QUE ELABORA EL ATS: | Residente de obra, inspector sst y trabajadores | | | | | | | |

## FIRMA APERTURA ATS

| CARGO | NOMBRE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| RESIDENTE DE OBRA | Sebastian Ossa | 1.032.481.868 | Sebastian Ossa |
| INSPECTOR SST | Katherine Barreto | 1.000.806.477 | Katherine Barreto |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| ALISTADO DE PISOS | LIMPIEZA DE PISO<br>HIDRATAR SUELO<br>ALISTADO DE PUNTOS<br>CARGUE DE PISO<br>RASPAR PISO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| ALISTADO DE PISOS IMPERMEABILIZADOS | LIMPIEZA DE PISO<br>HIDRATAR SUELO<br>LISTADO DE PUNTOS<br>CARGUE DE PISO<br>RASPAR PISO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIÓN DE BALDOSAS | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIÓN DE GRANITO PULIDO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | |
| INSTALACIÓN DE GUARDAESCOBAS MEDIACAÑA VIDRIO PRENSADO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIONES GUARDAESCOBAS BALDOSA BLANCO HUILA EN GRANITO PULIDO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| LIMPIEZA SUPERFICIES DE MUROS EN LADRILLO A LA VISTA (LAVADO) | RASPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA<br>LIMPIEZA CON TAPETE SECO<br>LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE<br>APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCIÓN MURO LADRILLO LIMPIO O CONCRETO | RASPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA<br>LIMPIEZA CON TAPETE SECO<br>LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE<br>APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| DILATACIONES PARA PISO EN PLACA | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>HIDRATACIÓN DE ESPACIO<br>CIMBRADO<br>CORTE DE PLACA<br>LIMPIEZA DE DILATACIÓN<br>APLICACIÓN DE SIKAFLEX | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| MURO BORDE EN CONCRETO 3000 PSI INCLUYE ANCLAJES Y ARMADO DE ACERO | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>DEMARCACIÓN DEL ESPACIO<br>CIMBRADO<br>HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO<br>APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE<br>ARMADO DE FORMALETAS<br>HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO<br>APLICACIÓN DEL CONCRETO<br>MODELADO DE BORDILLO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS,BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES,ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| CAMBIO DE PIEZAS DE MAMPOSTERIA | SEÑALIZACIÓN DE PIEZAS A CAMBIAR<br>RETIRADO DE PIEZAS DESPICADAS O ROTAS<br>LISTADO DE PIEZAS A COLOCAR<br>CORTADO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA<br>PREPARACIÓN DE MEZCLA<br>PEGADO DE PIEZAS NUEVAS<br>LIMPIEZA DE LADRILLO PEGADO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN LADRILLO PORTANTE 30 TERRACOTA DE 29*14.5*9 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO<br>SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN LADRILLO PRENSADO LIVIANO 6 CM TERRACOTA 24.5*12*6 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO<br>SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN BLOQUE NO. 5 CON PERFORACION VERTICAL P DE 33*11.5*23 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÒN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | MECÁNICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| COLUMNETAS EN CONCRETO ARMADO,INCLUYE ANCLAJES | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>DEMARCACIÓN DEL ESPACIO<br>CIMBRADO<br>HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO<br>APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE<br>ARMADO DE FORMALETAS<br>HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO<br>APLICACIÓN DEL CONCRETO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| PAÑETE IMPERMEABILIZADO 1:3, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES | LIMPIEZA DE LA ZONA<br>HIDRATAR MURO<br>ALISTADO DE MEZCLA<br>ALISTADO DE PUNTOS<br>APLICACION DE PAÑETE<br>RASPAR MURO<br>AFINAR MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| VIGACINTAS Y VIGAS CANCHADAS EN CONCRETO | REVISIÓN DE NIVEL<br>COLOCACIÓN DE GRAFILES<br>CORTE DE PIEZAS<br>TAPADO DE HUECOS EN LADRILLO<br>PREPARACIÓN DE MEZCLA FUNDIDA DE VIGAS CINTAS | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |




Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| RELLENO CON MATERIAL IMPORTADO B-400 | LIMPIEZA DE ZONA DE TRABAJO<br>COORDINACIÓN DE NIVELES<br>SE ESPARCE EL MATERIAL A COMPACTAR CADA 20 CM<br>COMPACTACIÓN CON CANGURO<br>APLICACIÓN DE AGUA PARA APRETAR EL TERRENO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| INSTALACIÓN DE DRIWALL | PREPARAR SUPERFICIE.<br>TOMA DE MEDIDAS.<br>CORTE DE LAMINA.<br>CORTE DE ESTRUCTURA EN ALUMINIO.<br>TIROTEAR ESTRUTURA Y PARALES.<br>INSTALACIÓN DE FRESCASA.<br>PONER TAPA CON TORNILLOS.<br>SELLAR CON YESO, ESTUCO Y PINTAR | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | MATERIAL PARTICULADO<br>PROYECCIÓN DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS<br>TRABAJO EN ALTURAS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE, FRACTURAS, AMPUTACIONES | -USO CONTINUO DE EPP<br>- AUTOCUIDADO<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>- CHARLA PREOPERACIONAL |
| PINTURA | APLICACIÓN DE PINTURA EN SUPERFICIES INTERIORES Y EXTERIORES. | VAPORES TÓXICOS, CONTACTO CON LA PIEL, TRABAJO EN ALTURA. | INHALACIÓN DE SUSTANCIAS, IRRITACIÓN CUTÁNEA, CAÍDA A NIVEL. | INTOXICACIÓN, ALERGIAS, LESIONES POR CAÍDA A NIVEL. | USO DE MASCARILLA, GUANTES, GAFAS DE SEGURIDAD Y ARNÉS SI SE TRABAJA EN ALTURA. VENTILACIÓN ADECUADA. |
| LIJADO | DESBASTE DE SUPERFICIES CON LIJAS MANUALES O ELÉCTRICAS. | POLVO EN SUSPENSIÓN, PARTÍCULAS PROYECTADAS, HERRAMIENTAS CORTANTES. | INHALACIÓN DE POLVO, IMPACTO DE PARTÍCULAS, CORTES EN MANOS. | ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, CORTES, IRRITACIÓN OCULAR. | USO DE MASCARILLA, GUANTES RESISTENTES, GAFAS DE SEGURIDAD Y ADECUADA VENTILACIÓN. |
| ESTUCO | APLICACIÓN DE ESTUCO EN MUROS Y TECHOS. | CONTACTO CON PRODUCTOS QUÍMICOS, CAÍDA DE HERRAMIENTAS. | IRRITACIÓN CUTÁNEA, IMPACTO DE HERRAMIENTAS EN EL CUERPO. | IRRITACIÓN EN LA PIEL Y OJOS, GOLPES EN EXTREMIDADES. | USO DE GUANTES, GAFAS DE SEGURIDAD Y MASCARILLA. |



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| DESTRONQUE DE PISOS | Limpieza profunda, restauración y abrillantado de piso | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | MATERIAL PARTICULADO<br>PROYECCIÓN DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES | -USO CONTINUO DE EPP<br>- AUTOCUIDADO<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>- CHARLA PREOPERACIONAL |
| ARREGLOS LOCATIVOS EN GENERAL | REPARACIONES MENORES EN INFRAESTRUCTURA, INSTALACIÓN DE ACCESORIOS, MANTENIMIENTO DE SUPERFICIES. | USO DE HERRAMIENTAS MANUALES Y ELÉCTRICAS, EXPOSICIÓN A POLVO Y PRODUCTOS QUÍMICOS, TRABAJO EN ALTURA. | CORTES, IMPACTOS, CAÍDAS, INHALACIÓN DE SUSTANCIAS TÓXICAS. | LESIONES EN EXTREMIDADES, INTOXICACIÓN, FRACTURAS. | USO DE EPP ADECUADOS, INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS ANTES DE SU USO, TRABAJO EN SUPERFICIES SEGURAS, VENTILACIÓN ADECUADA. |
| LAVADO DE FACHADA | LIMPIEZA PROFUNDA DE FACHADAS DE LADRILLO A LA VISTA MEDIANTE TÉCNICAS DE DESCOLGADO (ACCESO POR CUERDA). SE USA ÁCIDO PARA REMOVER MANCHAS, MOHO O EFLORESCENCIAS | ALTURAS<br>SUSTANCIAS QUÍMICAS CORROSIVAS (ÁCIDO)<br>SUPERFICIES HÚMEDAS<br>HERRAMIENTAS MANUALES<br>RADIACIÓN SOLAR<br>ELECTRICIDAD | CAÍDA POR FALLA DE ANCLAJE, MAL USO DEL SISTEMA O DESLIZAMIENTO<br>QUEMADURAS POR CONTACTO O SALPICADURAS DE ÁCIDO<br>INHALACIÓN DE VAPORES CORROSIVOS<br>GOLPES POR CAÍDA DE HERRAMIENTAS O CONTACTO CON LA FACHADA<br>ELECTROCUCIÓN<br>FATIGA O GOLPE DE CALOR | LESIONES GRAVES O MUERTE POR CAÍDA<br>QUEMADURAS QUÍMICAS EN PIEL, OJOS O VÍAS RESPIRATORIAS<br>INTOXICACIÓN<br>LESIONES A TERCEROS POR CAÍDA DE OBJETOS<br>ELECTROCUCIÓN<br>DAÑOS ESTRUCTURALES O ESTÉTICOS EN LA FACHADA | - SISTEMA DE DESCOLGADO CERTIFICADO CON DOBLE LÍNEA (LÍNEA DE TRABAJO Y DE VIDA)<br>- INSPECCIÓN DIARIA DE EQUIPOS Y PUNTOS DE ANCLAJE<br>- EPP COMPLETO: ARNÉS, CASCO, GUANTES DE NITRILO, GAFAS, MASCARILLA CON FILTRO PARA ÁCIDOS, BOTAS ANTIDESLIZANTES Y TRAJE IMPERMEABLE<br>- SEÑALIZACIÓN DEL ÁREA INFERIOR<br>- MANIPULACIÓN SEGURA Y ALMACENAMIENTO ADECUADO DEL ÁCIDO<br>- CAPACITACIÓN EN TRABAJO EN ALTURAS Y MANEJO DE QUÍMICOS<br>- REALIZAR LA ACTIVIDAD SOLO EN CONDICIONES CLIMÁTICAS FAVORABLES<br>- DISPONER DE KIT DE PRIMEROS |



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | AUXILIOS Y PLAN DE RESCATE EN ALTURA |
| ORDEN Y ASEO | LIMPIEZA Y ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO. | SUPERFICIES RESBALOSAS, PRODUCTOS QUÍMICOS. | RESBALONES, CAÍDAS, CONTACTO CON SUSTANCIAS PELIGROSAS. | GOLPES, FRACTURAS, IRRITACIONES EN LA PIEL. | USO DE EPP, ALMACENAMIENTO SEGURO DE PRODUCTOS QUÍMICOS, SEÑALIZACIÓN DE ÁREAS HÚMEDAS. |

**EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | ☑ | Guantes | ☑ | Protección respiratoria | ☐ | Botas de seguridad | ☑ |
| Protección Auditiva | ☐ | Equipos de protección contra caídas | ☑ | Gafas de seguridad | ☐ | Permiso de Trabajo Requeridos | ☑ |
| Extintores | ☐ | Charla pre-operacional | ☑ | Señalización y acordonamiento | ☐ | Charla pre-operacional | ☑ |

**FIRMA DIVULGACIÓN A TRABAJADORES**

| No. | NOMBRE COMPLETO | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|---|
| 1 | YIMER CAMACHO UELANOFA. | 1033729793 | YIMER CAMACHO |
| 2 | ALEJANDRO PEDROZA | 7978038 | |
| 3 | | 79887487 | |
| 4 | John Steven Cadena Hernandez | 1030648298 | |



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003<br>Version: 01<br>Fecha: 20/01/2025 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Hayner G. Delgado Nuñez | 1047511435 | |
| 6 | Jose Isidro Herrera Valderrama | 18410548 | |
| 7 | JEISSON PALACIOS | 1033738909 | JEISSON P |
| 8 | GUSTAVO OSEOS | 1024524913 | |
| 9 | Wilson Steward Aragon Cordoba | 7026594054 | |
| 10 | Yeney Dario medina cisneros | 1024468682 | |
| 11 | Jhon Cisneros | 1010029137 | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE VIGENCIA | DEL DIA | 21 | AL DIA | 26 | MES Y AÑO | 04/2025 | PERMISO DE TRABAJO Nº: | 4 |
| LUGAR DE OPERACIÓN: | Colegio Boita | | | | | | | | |
| EQUIPOS UTILIZADOS EN LA OPERACIÓN: | Taladro, Pulidora, herramientas de mano, escalera, andamio Etc. | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: | Mampostería y enchape en General, Drywall y pintura etc. | | | | | | | | |
| EQUIPO QUE ELABORA EL ATS: | Residente de obra, inspector SST y trabajadores. | | | | | | | | |

## FIRMA APERTURA ATS

| CARGO | NOMBRE | NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| RESIDENTE DE OBRA | Sebastian Ossa | 1.032.481.868 | Sebastian Ossa. |
| INSPECTOR SST | Katherine Barreto | 1.000.806.477 | Katherine Barreto |

*Este documento impreso se considera copia no con*

Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| ALISTADO DE PISOS | LIMPIEZA DE PISO<br>HIDRATAR SUELO<br>ALISTADO DE PUNTOS<br>CARGUE DE PISO<br>RASPAR PISO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| ALISTADO DE PISOS IMPERMEABILIZADOS | LIMPIEZA DE PISO<br>HIDRATAR SUELO<br>LISTADO DE PUNTOS<br>CARGUE DE PISO<br>RASPAR PISO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIÓN DE BALDOSAS | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIÓN DE GRANITO PULIDO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |

*Este documento impreso se considera copia no contr*



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | |
| INSTALACIÓN DE GUARDAESCOBAS MEDIACAÑA VIDRIO PRENSADO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| INSTALACIONES GUARDAESCOBAS BALDOSA BLANCO HUILA EN GRANITO PULIDO | PREPARAR MEZCLA<br>ESPARCIR MEZCLA<br>ASENTAR TABLETA<br>LIMPIEZA DE PISO<br>EMBOQUILLADA DE BALDOSA<br>LIMPIEZA DE BALDOSA<br>PULIDA DE BALDOSA | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| LIMPIEZA SUPERFICIES DE MUROS EN LADRILLO A LA VISTA (LAVADO) | RASPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA<br>LIMPIEZA CON TAPETE SECO<br>LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE<br>APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |

*Este documento impreso se considera copia no contr*



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCIÓN MURO LADRILLO LIMPIO O CONCRETO | RASPADA DE LADRILLO O MURO CON ESPÁTULA<br>LIMPIEZA CON TAPETE SECO<br>LIMPIEZA CON TAPETE HÚMEDO EN RINCE<br>APLICACIÓN DE AGUA A PRESIÓN | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS, BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| DILATACIONES PARA PISO EN PLACA | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>HIDRATACIÓN DE ESPACIO<br>CIMBRADO<br>CORTE DE PLACA<br>LIMPIEZA DE DILATACIÓN<br>APLICACIÓN DE SIKAFLEX | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| MURO BORDE EN CONCRETO 3000 PSI INCLUYE ANCLAJES Y ARMADO DE ACERO | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>DEMARCACIÓN DEL ESPACIO<br>CIMBRADO<br>HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO<br>APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE<br>ARMADO DE FORMALETAS<br>HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO<br>APLICACIÓN DEL CONCRETO<br>MODELADO DE BORDILLO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS,BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES,ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |

*Este documento impreso se considera copia no co*

Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| CAMBIO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA | SEÑALIZACIÓN DE PIEZAS A CAMBIAR<br>RETIRADO DE PIEZAS DESPICADAS O ROTAS<br>LISTADO DE PIEZAS A COLOCAR<br>CORTADO DE PIEZAS DE MAMPOSTERÍA<br>PREPARACIÓN DE MEZCLA<br>PEGADO DE PIEZAS NUEVAS<br>LIMPIEZA DE LADRILLO PEGADO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN LADRILLO PORTANTE 30 TERRACOTA DE 29*14.5*9 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO<br>SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN LADRILLO PRENSADO LIVIANO 6 CM TERRACOTA 24.5*12*6 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO<br>SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| MURO EN BLOQUE NO. 5 CON PERFORACION VERTICAL R DE 33*11.5*23 | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>SEÑALIZACIÓN Y CIMBRADOS DE MUROS<br>PRESENTACIÓN DE LADRILLO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | CORTES<br>LACERACIONES<br>AMPUTACIONES<br>PROYECCION DE PARTICULAS | PÉRDIDA DE EXTREMIDADES<br>CORTES<br>DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR |




Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | SE APLOMAN LAS BOQUILLAS<br>SE PREPARA LA MEZCLA DE PEGA<br>CORTE DE PIEZAS<br>FORME DE MURO<br>EMBOQUILLADA DE MURO | MECÁNICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES<br>MOLESTIAS PULMONARES, RESPIRATORIAS, EN OÍDOS | - PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| COLUMNETAS EN CONCRETO ARMADO,INCLUYE ANCLAJES | LIMPIEZA DE ESPACIO<br>DEMARCACIÓN DEL ESPACIO<br>CIMBRADO<br>HECHURA DE ANCLAJES CON TALADRO<br>APLICACIÓN DE EPOXICO EN ANCLAJE<br>ARMADO DE FORMALETAS<br>HECHURA DE TORTONES PARA SOPORTAR PESO<br>APLICACIÓN DEL CONCRETO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| PAÑETE IMPERMEABILIZADO 1:3, INCLUYE FILOS Y DILATACIONES | LIMPIEZA DE LA ZONA<br>HIDRATAR MURO<br>ALISTADO DE MEZCLA<br>ALISTADO DE PUNTOS<br>APLICACION DE PAÑETE<br>RASPAR MURO<br>AFINAR MURO | QUÍMICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>BIOLÓGICO | MATERIAL PARTICULADO<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | DIFICULTADES RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>INFECCIONES<br>ALERGIAS<br>MALESTAR GENERAL<br>AFECTACIONES OCULARES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD |
| VIGACINTAS Y VIGAS CANCHADAS EN CONCRETO | REVISIÓN DE NIVEL<br>COLOCACIÓN DE GRAFILES<br>CORTE DE PIEZAS<br>TAPADO DE HUECOS EN LADRILLO<br>PREPARACIÓN DE MEZCLA<br>FUNDIDA DE VIGAS CINTAS | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>MECÁNICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO | POLVOS INORGÁNICOS<br>MATERIAL PARTICULADO<br>HONGOS, BACTERIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>PROYECCION DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>CALOR<br>RUIDOS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>DESHIDRATACIÓN | - USO CONTINUO DE EPP - PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |

***Este documento impreso se considera copia no contr***



Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| RELLENO CON MATERIAL IIMPORTADO B-400 | LIMPIEZA DE ZONA DE TRABAJO<br>COORDINACIÓN DE NIVELES<br>SE ESPARCE EL MATERIAL A<br>COMPACTAR CADA 20 CM<br>COMPACTACIÓN CON CANGURO<br>APLICACIÓN DE AGUA PARA<br>APRETAR EL TERRENO | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE<br>SEGURIDAD | LÍQUIDOS<br>HONGOS, ALERGIAS,<br>BACTERIAS<br>POSICIÓN PROLONGADA<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>CALOR Y FRÍO<br>TRABAJOS EN ALTURAS | QUEMADURAS<br>INFECCIONES, ALERGIAS, DIFICULTADES<br>RESPIRATORIAS<br>DOLORES MUSCULARES<br>MOLESTIAS OCULARES<br>DESHIDRATACIÓN<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE,FRACTURAS,AMPUTACIONES | - USO CONTINUO DE EPP<br>- PRECAUCIÓN EN LA LABOR<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>- RELEVOS EN LA LABOR<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>-REVISIÓN DE EQUIPOS |
| INSTALACIÓN DE DRIWALL | PREPARAR SUPERFICIE.<br>TOMA DE MEDIDAS.<br>CORTE DE LAMINA.<br>CORTE DE ESTRUCTURA EN<br>ALUMINIO.<br>TIROTEAR ESTRUTURA Y<br>PARALES.<br>INSTALACIÓN DE FRESCASA.<br>PONER TAPA CON TORNILLOS.<br>SELLAR CON YESO, ESTUCO Y<br>PINTAR | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE<br>SEGURIDAD | MATERIAL PARTICULADO<br>PROYECCIÓN DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS<br>TRABAJO EN ALTURAS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES<br>CAÍDAS A DIFERENTES NIVEL O A MISMO NIVEL<br>MUERTE, FRACTURAS, AMPUTACIONES | -USO CONTINUO DE EPP<br>- AUTOCUIDADO<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>- CHARLA PREOPERACIONAL |
| PINTURA | APLICACIÓN DE PINTURA EN<br>SUPERFICIES INTERIORES Y<br>EXTERIORES. | VAPORES TÓXICOS,<br>CONTACTO CON LA PIEL,<br>TRABAJO EN ALTURA. | INHALACIÓN DE SUSTANCIAS,<br>IRRITACIÓN CUTÁNEA, CAÍDA A<br>NIVEL. | INTOXICACIÓN, ALERGIAS, LESIONES POR CAÍDA A<br>NIVEL. | USO DE MASCARILLA, GUANTES,<br>GAFAS DE SEGURIDAD Y ARNÉS SI<br>SE TRABAJA EN ALTURA.<br>VENTILACIÓN ADECUADA. |
| LIJADO | DESBASTE DE SUPERFICIES CON<br>LIJAS MANUALES O ELÉCTRICAS. | POLVO EN SUSPENSIÓN,<br>PARTÍCULAS<br>PROYECTADAS,<br>HERRAMIENTAS<br>CORTANTES. | INHALACIÓN DE POLVO,<br>IMPACTO DE PARTÍCULAS,<br>CORTES EN MANOS. | ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, CORTES,<br>IRRITACIÓN OCULAR. | USO DE MASCARILLA, GUANTES<br>RESISTENTES, GAFAS DE<br>SEGURIDAD Y ADECUADA<br>VENTILACIÓN. |
| ESTUCO | APLICACIÓN DE ESTUCO EN<br>MUROS Y TECHOS. | CONTACTO CON<br>PRODUCTOS QUÍMICOS,<br>CAÍDA DE HERRAMIENTAS. | IRRITACIÓN CUTÁNEA,<br>IMPACTO DE HERRAMIENTAS<br>EN EL CUERPO. | IRRITACIÓN EN LA PIEL Y OJOS, GOLPES EN<br>EXTREMIDADES. | USO DE GUANTES, GAFAS DE<br>SEGURIDAD Y MASCARILLA. |




Powered by CamScanner

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| DESTRONQUE DE PISOS | Limpieza profunda, restauración y abrillantado de piso | QUÍMICO<br>BIOLÓGICO<br>BIOMECÁNICO<br>FÍSICO<br>CONDICIÓN DE SEGURIDAD | MATERIAL PARTICULADO<br>PROYECCIÓN DE PARTICULAS<br>MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>POSTURAS PROLONGADAS<br>POLVOS INORGÁNICOS<br>TEMPERATURAS CALOR Y FRÍO<br>HONGOS<br>BACTERIAS | MOLESTIAS OCULARES<br>CORTES<br>LACERACIÓN<br>AMPUTACIONES<br>PROBLEMAS RESPIRATORIOS<br>MOLESTIAS EN OÍDOS<br>INFECCIONES, ALERGIAS<br>ATRAPAMIENTO<br>DOLORES MUSCULARES | -USO CONTINUO DE EPP<br>- AUTOCUIDADO<br>- PAUSAS ACTIVAS<br>-ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD<br>- CHARLA PREOPERACIONAL |
| ARREGLOS LOCATIVOS EN GENERAL | REPARACIONES MENORES EN INFRAESTRUCTURA, INSTALACIÓN DE ACCESORIOS, MANTENIMIENTO DE SUPERFICIES. | USO DE HERRAMIENTAS MANUALES Y ELÉCTRICAS, EXPOSICIÓN A POLVO Y PRODUCTOS QUÍMICOS, TRABAJO EN ALTURA. | CORTES, IMPACTOS, CAÍDAS, INHALACIÓN DE SUSTANCIAS TÓXICAS. | LESIONES EN EXTREMIDADES, INTOXICACIÓN, FRACTURAS. | USO DE EPP ADECUADOS, INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS ANTES DE SU USO, TRABAJO EN SUPERFICIES SEGURAS, VENTILACIÓN ADECUADA. |
| LAVADO DE FACHADA | LIMPIEZA PROFUNDA DE FACHADAS DE LADRILLO A LA VISTA MEDIANTE TÉCNICAS DE DESCOLGADO (ACCESO POR CUERDA). SE USA ÁCIDO PARA REMOVER MANCHAS, MOHO O EFLORESCENCIAS | ALTURAS<br>SUSTANCIAS QUÍMICAS CORROSIVAS (ÁCIDO)<br>SUPERFICIES HÚMEDAS<br>HERRAMIENTAS MANUALES<br>RADIACIÓN SOLAR<br>ELECTRICIDAD | CAÍDA POR FALLA DE ANCLAJE, MAL USO DEL SISTEMA O DESLIZAMIENTO<br>QUEMADURAS POR CONTACTO O SALPICADURAS DE ÁCIDO<br>INHALACIÓN DE VAPORES CORROSIVOS<br>GOLPES POR CAÍDA DE HERRAMIENTAS O CONTACTO CON LA FACHADA<br>ELECTROCUCIÓN<br>FATIGA O GOLPE DE CALOR | LESIONES GRAVES O MUERTE POR CAÍDA<br>QUEMADURAS QUÍMICAS EN PIEL, OJOS O VÍAS RESPIRATORIAS<br>INTOXICACIÓN<br>LESIONES A TERCEROS POR CAÍDA DE OBJETOS<br>ELECTROCUCIÓN<br>DAÑOS ESTRUCTURALES O ESTÉTICOS EN LA FACHADA | - SISTEMA DE DESCOLGADO CERTIFICADO CON DOBLE LÍNEA (LÍNEA DE TRABAJO Y DE VIDA)<br>- INSPECCIÓN DIARIA DE EQUIPOS Y PUNTOS DE ANCLAJE<br>- EPP COMPLETO: ARNÉS, CASCO, GUANTES DE NITRILO, GAFAS, MASCARILLA CON FILTRO PARA ÁCIDOS, BOTAS ANTIDESLIZANTES Y TRAJE IMPERMEABLE<br>- SEÑALIZACIÓN DEL ÁREA INFERIOR<br>- MANIPULACIÓN SEGURA Y ALMACENAMIENTO ADECUADO DEL ÁCIDO<br>- CAPACITACIÓN EN TRABAJO EN ALTURAS Y MANEJO DE QUÍMICOS<br>- REALIZAR LA ACTIVIDAD SOLO EN CONDICIONES CLIMÁTICAS FAVORABLES<br>- DISPONER DE KIT DE PRIMEROS |



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003 |
|---|---|---|
| | | Version: 01 |
| | | Fecha: 20/01/2025 |

| ACTIVIDADES | DESCRIPCIÓN | PELIGROS RIESGO | | CONSECUENCIA | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | AUXILIOS Y PLAN DE RESCATE EN ALTURA |
| ORDEN Y ASEO | LIMPIEZA Y ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO. | SUPERFICIES RESBALOSAS, PRODUCTOS QUÍMICOS. | RESBALONES, CAÍDAS, CONTACTO CON SUSTANCIAS PELIGROSAS. | GOLPES, FRACTURAS, IRRITACIONES EN LA PIEL. | USO DE EPP, ALMACENAMIENTO SEGURO DE PRODUCTOS QUÍMICOS, SEÑALIZACIÓN DE ÁREAS HÚMEDAS. |

**EQUIPAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | ☑ | Guantes | ☑ | Protección respiratoria | ☑ | Botas de seguridad | ☑ |
| Protección Auditiva | ☑ | Equipos de protección contra caidas | ☑ | Gafas de seguridad | ☐ | Permiso de Trabajo Requeridos | ☑ |
| Extintores | ☑ | Charla pre-operacional | ☑ | Señalización y acordonamiento | ☐ | Charla pre-operacional | ☐ |

**FIRMA DIVULGACIÓN A TRABAJADORES**

| No. | NOMBRE COMPLETO | CEDULA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|---|
| 1 | YIMER CARRACHO VELANDIA. | 1.033729293 | |
| 2 | Jeyner G Ulloa Nuñez | 1047511435 | |
| 3 | Jhon Steven Cadena Hernandez | 1006498298 | |
| 4 | ALEJANDRO PEDROZA | 79780385 | |



Powered by CamScanner

| | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS | Código: RGT-OSSA-003<br>Version: 01<br>Fecha: 20/01/2025 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | | 79887483 | |
| 6 | ALEXANDER GARCIA | 80150047 | ALEXANDER |
| 7 | IVAN CIFUENTES | 1000 722 787 | IVAN CIFUENTES |
| 8 | JEISSON PALACIOS | 1033738909 | JEISSON PALACIOS |
| 9 | MICHAEL AMAYA | 1031130128 | |
| 10 | GUSTAVO OSTOS | 1029524913 | |
| 11 | MILLER GOMEZ | 80745275 | |
| 12 | EINER CIFUENTES | CONDUCTOR | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |



Powered by CamScanner

# INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL, TALADRO DE MANO Y PULIDORA

FECHA DE INSPECCIÓN: Semana Del 31 al 5 Mes 3 4 Año 2025

PROYECTO: Colegio Bolta

## DESCRIPCIÓN DE PULIDORA

MARCA: Truper | MODELO: 2018

| | LUN B | LUN M | LUN NA | MAR B | MAR M | MAR NA | MIER B | MIER M | MIER NA | JUE B | JUE M | JUE NA | VIER B | VIER M | VIER NA | SAB B | SAB M | SAB NA | DOMINGO B | DOMINGO M | DOMINGO NL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| STADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN) | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| UENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| STADO E INSTALACION DEL MANGO | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| STADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| STADO DE LA GUIA DE LA GUARDA | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| E UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| E UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| STADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| E UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA TAREA | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| E HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| EL DISCO | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA |
|---|---|---|
| Ernes Cuentas | 1024464960 | Ernes Cuentas Ernes Cuentas Ernes Cuentas Ernes Cuentas Ernes Cuentas |
| NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA INSPECTOR SST |
| Katherine Barreto | 1000306477 | Sodf Sodf Sodf Sodf Sodf |

## DESCRIPCIÓN DE TALADRO

MARCA: Bosch | MODELO: 2020

| | LUN B | LUN M | LUN NA | MAR B | MAR M | MAR NA | MIER B | MIER M | MIER NA | JUE B | JUE M | JUE NA | VIER B | VIER M | VIER NA | SAB B | SAB M | SAB NA | DOMINGO B | DOMINGO M | DOMINGO NL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| STADO DE INSTALACION DE LA BROCA (INSERTACIÓN) | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| UENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| STADO E INSTALACION DEL MANGO | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| STADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| STADO DEL CABLE DE ALIMENTACIÓN | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| E UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| STADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| E UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| E HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| E LAS BROCAS | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA |
|---|---|---|
| Ernes Cuentas | 1024464960 | Ernes Cuentas Ernes Cuentas Ernes Cuentas Ernes Cuentas Ernes Cuentas |
| NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA INSPECTOR SST |
| Katherine Barreto | 1000306477 | Sodf Sodf Sodf Sodf Sodf |

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

# INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL, TALADRO DE MANO Y PULIDORA

FECHA DE INSPECCIÓN: Semana Del 31 al 5 Mes 344 Año 2025

PROYECTO: Colegio Bonta

## DESCRIPCIÓN DE PULIDORA

MARCA: Krupel | MODELO: 2018

| | LUN B | LUN M | LUN NA | MAR B | MAR M | MAR NA | MIER B | MIER M | MIER NA | JUE B | JUE M | JUE NA | VIER B | VIER M | VIER NA | SAB B | SAB M | SAB NA | DOMINGO B | DOMINGO M | DOMINGO NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 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 ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA TAREA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| [illegible] DEL DISCO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA |
|---|---|---|
| Jose Isidro Herrera | 18410548 | Jose Jose Jose Jose Jose Jose |
| **NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA INSPECTOR SST** |
| Katherine Barrieto | 1006064177 | Sadl Sadl Sadl Sadl Sadl Sadl |

## DESCRIPCIÓN DE TALADRO

MARCA: [illegible] | MODELO: [illegible]

| | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DE INSTALACIÓN DE LA BROCA (INSERTACION) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO E INSTALACION DEL MANGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [illegible] DE LAS BROCAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA |
|---|---|---|
| | | |
| **NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA INSPECTOR SST** |
| | | |

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

# INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL, TALADRO DE MANO Y PULIDORA

CODIGO: SST-AMMA-022
VERSION: 01
VIGENTE DESDE: 09/07/2024

FECHA DE INSPECCIÓN: Semana Del 7 al 12 Mes 4 Año 2025

PROYECTO: Colegio Bata

## DESCRIPCIÓN DE PULIDORA

MARCA: ——— MODELO: ———

| | LUN B | LUN M | LUN NA | MAR B | MAR M | MAR NA | MIER B | MIER M | MIER NA | JUE B | JUE M | JUE NA | VIER B | VIER M | VIER NA | SAB B | SAB M | SAB NA | DOMINGO B | DOMINGO M | DOMINGO NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 CUBA DE LA CUARDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA TAREA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [redacted] DEL DISCO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA |
|---|---|---|
| ——— | ——— | |
| **NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA INSPECTOR SST** |
| ——— | ——— | |

## DESCRIPCIÓN DE TALADRO

MARCA: Dewalt MODELO: 2016

| | LUN B | LUN M | LUN NA | MAR B | MAR M | MAR NA | MIER B | MIER M | MIER NA | JUE B | JUE M | JUE NA | VIER B | VIER M | VIER NA | SAB B | SAB M | SAB NA | DOMINGO B | DOMINGO M | DOMINGO NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DE INSTALACION DE LA BROCA (INSERTACION) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO E INSTALACION DEL MANGO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACION | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO 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 | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| [redacted] DE LAS BROCAS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA |
|---|---|---|
| Rolando Ostos | 1027521963 | |
| **NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA INSPECTOR SST** |
| Katherine Barreto | 1000004497 | |

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

# INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL, TALADRO DE MANO Y PULIDORA

FECHA DE INSPECCIÓN: Semana Del 7 al 12 Mes 4 Año 2025

PROYECTO: Colegio Bata

## DESCRIPCIÓN DE PULIDORA

| MARCA | truper | MODELO | 2020 |
|---|---|---|---|

| | LUN | | | MAR | | | MIER | | | JUE | | | VIER | | | SAB | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | N |
| SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO E INSTALACION DEL MANGO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DE LA CUBA DE LA GUARDA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA TAREA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| [redacted] DEL DISCO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA |
|---|---|---|
| Jan Isidro Herrera | 18410 543 | Jan Jan Jan Jan Jan Jan |
| **NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA INSPECTOR SST** |
| Katherine Barreto | 1000806477 | sodp sodp sodp sodp sodp sodp |

## DESCRIPCIÓN DE TALADRO

| MARCA | | MODELO | |
|---|---|---|---|

| | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | N |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DE INSTALACIÓN DE LA BROCA (INSERTACIÓN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO E INSTALACION DEL MANGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [redacted] LAS BROCAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA |
|---|---|---|
| | | |
| **NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA INSPECTOR SST** |
| | | |

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

# INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL, TALADRO DE MANO Y PULIDORA

FECHA DE INSPECCIÓN: Semana Del 7 al 12 Mes 4 Año 2025

PROYECTO: Colegio Borja

## DESCRIPCIÓN DE PULIDORA

MARCA: truper | MODELO: 2018

| | LUN | | | MAR | | | MIER | | | JUE | | | VIER | | | SAB | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 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 ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA TAREA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| [redacted] DEL DISCO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA |
|---|---|---|
| Jhon Cifuentes | 1010029137 | Jhon |
| **NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA INSPECTOR SST** |
| Katherine Barreto | 1000806477 | Bodf |

## DESCRIPCIÓN DE TALADRO

MARCA: Bosch | MODELO: 2020

| | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DE INSTALACION DE LA BROCA (INSERTACIÓN) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO E INSTALACION DEL MANGO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACION | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO 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 | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| [redacted] DE LAS BROCAS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA |
|---|---|---|
| Jhon Cifuentes | 1010029137 | Jhon |
| **NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST** | **CEDULA** | **FIRMA INSPECTOR SST** |
| Katherine Barreto | 1000806477 | Bodf |

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

# INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL, TALADRO DE MANO Y PULIDORA

FECHA DE INSPECCIÓN: Semana Del 7 al 12 Mes 4 Año 2025

PROYECTO: Colegio Borla

## DESCRIPCIÓN DE PULIDORA

MARCA: truper | MODELO: 2015

| | LUN | | | MAR | | | MIER | | | JUE | | | VIER | | | SAB | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| E VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| STADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACION) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| UENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| STADO E INSTALACION DEL MANGO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| STADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| STADO DE LA GUIA DE LA GUARDA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| E UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| E UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| STADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| E UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA TAREA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| E [redacted]STALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| [redacted] DEL DISCO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ivan Cifuentes | 1000762787 | Ivan | Ivan | Ivan | Ivan | Ivan | Ivan | |
| NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA INSPECTOR SST | | | | | | |
| Katherine Barreto | 1000806477 | | | | | | | |

## DESCRIPCIÓN DE TALADRO

MARCA: Bosch | MODELO: 2020

| | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| STADO DE INSTALACIÓN DE LA BROCA (INSERTACION) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| UENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| STADO E INSTALACION DEL MANGO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| STADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| STADO DEL CABLE DE ALIMENTACION | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| E UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| STADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| E UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| E [redacted] INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| [redacted] E LAS BROCAS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO TRABAJADOR | CEDULA | FIRMA DIARIA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA INSPECCION A DIARIO Y CERTIFICA QUE CUENTA CON LA PERICIA PARA MANEJAR LA HERRAMIENTA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ivan Cifuentes | 1000762787 | Ivan | Ivan | Ivan | Ivan | Ivan | Ivan | |
| NOMBRE Y APELLIDO INSPECTOR SST | CEDULA | FIRMA INSPECTOR SST | | | | | | |
| Katherine Barreto | 1000806477 | | | | | | | |

DESCRIPCIONES

Powered by CamScanner