CONSORCIO INGENIO VIAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
	PREOPERACIONAL PLANTA ELECTRICA	Fecha: 01/04/2025
		Pagina 1 de 1

Obra /Proyecto: Observatorio de Cundinamarca

Marca: ELITE **Modelo:** _____ **N° equipo:** 001

Mes: SEPTIEMBRE 2025 **Año:** 2025

CONVENCIONES: Diligenciar dentro de cada casilla según aplique **C**: Cumple. **CP**: Cumple parcialmente **NC**: No cumple. **NA**: No aplica.

N°	ASPECTOS A VERIFICAR	DIA																													
		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
	MOTOR																															
1	* Nivel agua, aceite y combustible adecuado																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2	*Control de fugas																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3	* Funcionamiento del motor (Mínimo/aceleración) adecuado																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	ESTADO GENERAL																															
4	* Estado del sistema de encendido en buen estado																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
5	* Estado del sistema generador de carga en buen estado																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
6	Estado del acumulador de energía en buen estado																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
7	Estado y funcionamiento de indicadores adecuado																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
8	Estado de swiches (conexiones) en buen estado																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
9	Estado y ubicación del sistema de escape adecuado																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
10	Estado general (tapas y estructura) en buen estado																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
11	Estado de la plaqueta de identificación en buen estado																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
12	Otro…																					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
13																						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Firma operador # 1 **Nombre:** _____ **C.C**																															
	Firma operador # 2 **Nombre:** _____ **C.C**																															

N°	ASPECTOS A VERIFICAR	DIA																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Firma operador # 3 **Nombre:** _____ **C.C**																														
	~~**Firma** encargado SST~~ **Nombre:** TATIANA SABOGAL **C.C**																														

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO

Me comprometo a utilizar adecuadamente el equipo y los elementos de protección personal que se necesitan para la manipulación de este equipo, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido el equipo en buen estado y he recibido la información sobre el uso adecuado de la misma. además debo informar cualquier anomalía que presente el equipo.

OBSERVACIONES	
Equipo en buenas condiciones para operar	

Nota: cualquier inconsistencia o anomalia que se evidencie dentro de la inspeccion del equipo debe ser reportado inmediatamente al residente o director de obra para que se realicen las respectivas correcciones y se pueda dar funcionamiento al equipo.

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA