ARKAN CONSORCIO	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	Version: 02 Fecha 11/10/2024
		Codigo: FGST-07
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Paginas 2

HORA Y FECHA DE EXPEDICION	24-Nov-2025	FECHA Y HORA DE VENCIMIENTO:	
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD		TIPO DE TRABAJO	
HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR	Herramienta de mano	SEMANA DEL	24-11-25 AL
UBICACIÓN ESPECIFICA DEL TRABAJO:	Archivo	ALTURA APROX. DONDE SE EJECUTA EL TRABAJO:	8 mts aproximadamente

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	REVALIDACION							SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE		EXAMEN MEDICO VIGENTE		CURSO TA VIGENTE	
			LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Luis Sarmiento									X		X		X	
2	Alexander Arce									X		X		X	
3	Jesson Cardenas		Jesson	Jesson C.						X		X		X	
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

MEDIDAS DE PREVENCION	SI	NO	IMAGEN	E.P.P	SI	NO	IMAGEN
SEÑALIZACION DEL AREA	X			PROTECCION DE LA CABEZA (CASCO)	X		
CONTROL DE ACCESO A LA ZONA	X			PROTECCION VISUAL (GAFAS O CARETA)	X		
LINEA DE ADVERTENCIA		X		PROTECCION AUDITIVA		X	
BARANDAS		X		PROTECCION RESPIRATORIA	X		
VIGILANCIA PERMANENTE	X			PROTECCION DE MANOS (GUANTES)		X	
AYUDANTE DE SEGURIDAD	X			PROTECCION DE PIES (BOTAS)	X		

SISTEMA DE ACCESO	SI	NO	IMAGEN	MEDIDAS DE PROTECCION	SI	NO	IMAGEN
ANDAMIO TUBULAR		X		RED DE SEGURIDAD PARA DETECCION DE CAIDA		X	
ANDAMIO COLGANTE		X		PUNTO DE ANCLAJE FIJO DE DETECCION		X	
ANDAMIO MULTIDIRECCIONAL		X		PUNTO DE ANCLAJE FIJO DE RESTRICCION		X	
SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSION		X		CONECTOR MOVIL: LINEA DE VIDA		X	
ESCALERA	X			CONECTOR MOVIL: TIE OFF		X	
PLATAFORMA ELECTRICA		X		LINEA DE VIDA VERTICAL FIJA		X	
LINEA DE VIDA VERTICAL CABLE EN ACERO CON ALMA DE ACERO		X		LINEA DE VIDA VERTICAL MOVIL		X	
ELEVADOR DE PERSONAL		X		LINEA DE VIDA VERTICAL EN CUERDA		X	

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Paginas 2

MEDIDAS DE PROTECCION	SI	NO	IMAGEN	MEDIDAS DE PROTECCION	SI	NO	IMAGEN
LINEA DE VIDA HORIZONTAL FIJA		X		ESLINGA CON ABSORBEDOR DE ENERGIA		X	
LINEA DE VIDA HORIZONTAL MOVIL		X		ESLINGA DE RESTRICCION		X	
LINEA DE VIDA HORIZONTAL CABLE EN ACERO CON ALMA DE ACERO		X		ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		X	
LINEA DE VIDA HORIZONTAL EN CUERDA		X		MOSQUETONES DE SEGURIDAD (BLOQUEO AUTOMATICO)		X	
ARNES DE CUERPO COMPLETO		X				X	

CONDICIONES DE SEGURIDAD	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A
EL COLABORADOR CONOCE Y HA DILIGENCIADO EL PERMISO	X		X											
LA PERSONA ENCARGADA DE EJECUTAR LA LABOR HA RECIBIDO INSTRUCCIÓN Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A SEGUIR	X		X											
VERIFICACION PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR	X		X											
LINEA DE VIDA INSTALADA CORRECTAMENTE Y RESISTENTE	X		X											
LOS TRABAJADORES ESTAN APTOS PARA DESARROLLAR LA LABOR(ESTADO DE SALUD, CONCEPTO MEDICO VIGENTE)	X		X											
LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES	X		X											
SI ES TRABAJO EN AREAS OSCURAS O TRABAJO NOCTURNO, CUENTAN CON ILUMINACION NECESARIA	X		X											
CONDICIONES CLIMATICAS OPTIMAS	X		X											
LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS A UTILIZAR EN LA LABOR SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES	X		X											

OBSERVACIONES:

EL PERMISO ES CANCELADO: SI ( ) NO ( )

HORA DE SUSPENSION DE ACT.:

MOTIVO:

AUTORIZACION: Las Medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas han sido revisadas y cumplen los requisitos; por tanto autorizo el trabajo

NOTA: El permiso de trabajo es valido por 9 horas y se podra extender maximo a dos horas adicionales cuando sean condiciones criticas, en caso de revalidacion diaria, se verifican las condiciones de salud y seguridad en el trabajo diarimente según sea el caso.

FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL PERMISO
(JEFE DE AREA O CONTRATISTA)

Sandra Reyes
COORDINADOR DE ALTURAS

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

ENCARGADO DE SST, numero de Licencia

Sandra Reyes
ENCARGADO DE ACTIVAR PLAN DE EMERGENCIA

La Autorización cubre solo la solicitud de trabajo Cambios de turno y/o persona responsable del trabajo ***REQUIERE UNA NUEVA AUTORIZACION***

Powered by CamScanner

CONSORCIO

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Paginas 2

MEDIDAS DE PROTECCION	SI	NO	IMAGEN	MEDIDAS DE PROTECCION	SI	NO	IMAGEN
LINEA DE VIDA HORIZONTAL FIJA		X		ESLINGA CON ABSORBEDOR DE ENERGIA	X		
LINEA DE VIDA HORIZONTAL MOVIL		X		ESLINGA DE RESTRICCION	X		
LINEA DE VIDA HORIZONTAL CABLE EN ACERO CON ALMA DE ACERO		X		ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	X		
LINEA DE VIDA HORIZONTAL EN CUERDA		X		MOSQUETONES DE SEGURIDAD (BLOQUEO AUTOMATICO)		X	
ARNES DE CUERPO COMPLETO	X						

CONDICIONES DE SEGURIDAD	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A
EL COLABORADOR CONOCE Y HA DILIGENCIADO EL PERMISO											X			
LA PERSONA ENCARGADA DE EJECUTAR LA LABOR HA RECIBIDO INSTRUCCIÓN Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A SEGUIR											X			
VERIFICACION PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR											X			
LINEA DE VIDA INSTALADA CORRECTAMENTE Y RESISTENTE											X			
LOS TRABAJADORES ESTAN APTOS PARA DESARROLLAR LA LABOR(ESTADO DE SALUD, CONCEPTO MEDICO VIGENTE)											X			
LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES											X			
SI ES TRABAJO EN AREAS OSCURAS O TRABAJO NOCTURNO, CUENTAN CON ILUMINACION NECESARIA											X			
CONDICIONES CLIMATICAS OPTIMAS											X			
LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS A UTILIZAR EN LA LABOR SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES											X			

OBSERVACIONES:

EL PERMISO ES CANCELADO: SI ( ) NO ( )

HORA DE SUSPENSION DE ACT.:

MOTIVO:

AUTORIZACION: Las Medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas han sido revisadas y cumplen los requisitos; por tanto autorizo el trabajo

NOTA: El permiso de trabajo es valido por 9 horas y se podra extender maximo a dos horas adicionales cuando sean condiciones criticas, en caso de revalidacion diaria, se verifican las condiciones de salud y seguridad en el trabajo diarimente según sea el caso.

FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL PERMISO
(JEFE DE AREA O CONTRATISTA)

Sandra Reyes
COORDINADOR DE ALTURAS

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Sandra Reyes.
ENCARGADO DE SST, numero de Licencia

ENCARGADO DE ACTIVAR PLAN DE EMERGENCIA

La Autorización cubre solo la solicitud de trabajo. Cambios de turno y/o persona responsable del trabajo ***REQUIERE UNA NUEVA AUTORIZACION***

Powered by CamScanner

	FORMATO DE SEGURIDÀD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO PARA TRABAJO EN CALIENTE	Codigo: SST-FOR-53 Fecha: 30/04/2024

1. Para poder iniciar trabajosb todas las respuestas deben ser afirmativas	2. El no llenar el permiso es violatorio del manual de contratista dando a una suspension inmediata del trabajo.	3. El formato debe ser diligenciado en su totalidad en casoy conletra clara y legible	4. Debejustificarlas casillas enlas cuales los criteriosno N/P

1 Generalidades

CONTRATISTA: Oraqven		DESCRIPCION DE LA TAREA	Instalacion de manto
SEMANA DEL 19-11-25 AL		HORA DE INICIO 7:00	HORAFINAL 18:00 (VIGENCIA POR UN TURNO DE TRABAJO)
ACTIVIDAD A REALIZAR:	Instalacion de manto		
OBRA O CENTRO DE TRABAJO	~~Proyecto CTF~~ Archivo	UBICACIÓN	Calle 121 - 7
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR:	Cilindro - boquilla.		

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los nesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

Certificó que coonozco el trabajo a realizar. He consultado y tengo plena claridad de los procedimiento, dispongo y se usar los elementos de protección personal establecidos,he palneado con mis compañeros la forma segura de realizar la actividad y certifico que mis condiciones de salud no me impiden la realizaciòn de esos trabajos segura.

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACION	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Luis Sarmiento	1024552022							
2	Wilfredo Perez	1022936918							
3	Jhon Urrea Cuvus	71810720							
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
	Certifico que conozco la realización de estas tareas en mi área de responsabilidad FIRMA DEL RESIDENTE TÉCNICO (Al menos una vez en la semana.								
	He revisado las condiciones de acuerdo a la lista adjunta y autorizo el permiso (Firma del emisor) Visto Bueno de SALUD OCUPACIONAL								

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONDICIONES NECESARIAS PARA LOS CORRESPONDIENTES TRABAJOS (marque con una X según corresponda y/o aplique)

DESCRIPCIÓN DEL EPP	SELECCIÓN CON X
CASCO	X
BARBUQUEJO	X
PROTECCIÓN AUDITIVATIPO COPA	
PROTECCIÓN AUDITIVA DE INSERCION	X
RESPIRADOR CON CARTUCHOS	
MASCARA PARA MATERIAL PARTICULADO	
GAFAS LENTE OCURO	X

DESCRIPCIÓN DEL EPP	SELECCIÓN CON X
CARETA DE ACRILICO Y ACETATO	
CARETADE SOLDADURA	
BASCULA PARA ACOPLE DE CASCO	
BOTAS DE CAUCHO CON PUNTERA	X
GUANTES	X
DELANTAL PVC	
GAFAS LENTE CLARO	

DESCRIPCIÓN DEL EPP	SELECCIÓN CON X
DELANTAL DE CUERO O CARNAZA	
BANDA DE ANCLAJE PORTATIL	
LINEA DE VIDA	
FRENO AUTOMATICO	
OCHO CON OREJAS	
ARNES INTEGRAL	
OVEROL PVC	

DESCRIPCIÓN DEL EPP	SELECCIÓN CON X
GAFAS PARA OXICORTE	
GUANTES DE CARNAZA	
GUANTES DE HILAZA	
BOTAS DE SEGURIDAD DIELECTRICAS	X
ESLINGA SENCILLA	
ESLINGA DOBLE CON MOSQUETONES DE 18 MM	
ESLINGA DOBLE CON MOSQUETONES DE 60 MM	

Powered by CamScanner

ARKAN CONSORCIO	PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	Version: 02 Fecha 11/10/2024
		Codigo: FGST-07
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Paginas 2

HORA Y FECHA DE EXPEDICION	18-Nov-2025	FECHA Y HORA DE VENCIMIENTO:	22-Nov-25
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	limpieza y mantenimiento	TIPO DE TRABAJO	Alturas
HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR	Herramienta de mano	SEMANA DEL	18-11-25 AL 22-Nov-25
UBICACIÓN ESPECIFICA DEL TRABAJO:	Archivo	ALTURA APROX. DONDE SE EJECUTA EL TRABAJO:	3 mts aproximadamente

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	REVALIDACION							SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE		EXAMEN MEDICO VIGENTE		CURSO TA VIGENTE	
			LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Luis Sarmiento	1024558								X		X		X	
2	Alfredo Perez	1022736								X		X		X	
3	Jesson Cardenas	1094526214		Jesson	Jesson C.	Jesson	Jesson			X		X		X	
4	Juan Urrea	7981020								X		X		X	
5	Juan Urrea	7981020													
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

MEDIDAS DE PREVENCION	SI	NO	IMAGEN
SEÑALIZACION DEL AREA	X		
CONTROL DE ACCESO A LA ZONA	X		
LINEA DE ADVERTENCIA		X	
BARANDAS		X	
VIGILANCIA PERMANENTE		X	
AYUDANTE DE SEGURIDAD	X		

E.P.P	SI	NO	IMAGEN
PROTECCION DE LA CABEZA (CASCO)	X		
PROTECCION VISUAL (GAFAS O CARETA)	X		
PROTECCION AUDITIVA		X	
PROTECCION RESPIRATORIA	X		
PROTECCION DE MANOS (GUANTES)	X		
PROTECCION DE PIES (BOTAS)	X		

SISTEMA DE ACCESO	SI	NO	IMAGEN
ANDAMIO TUBULAR		X	
ANDAMIO COLGANTE		X	
ANDAMIO MULTIDIRECCIONAL		X	
SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSION		X	
ESCALERA	X		
PLATAFORMA ELECTRICA		X	
LINEA DE VIDA VERTICAL CABLE EN ACERO CON ALMA DE ACERO		X	
ELEVADOR DE PERSONAL		X	

MEDIDAS DE PROTECCION	SI	NO	IMAGEN
RED DE SEGURIDAD PARA DETECCION DE CAIDA		X	
PUNTO DE ANCLAJE FIJO DE DETECCION		X	
PUNTO DE ANCLAJE FIJO DE RESTRICCION		X	
CONECTOR MOVIL: LINEA DE VIDA		X	
CONECTOR MOVIL: TIE OFF		X	
LINEA DE VIDA VERTICAL FIJA		X	
LINEA DE VIDA VERTICAL MOVIL		X	
LINEA DE VIDA VERTICAL EN CUERDA		X	

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Paginas 2

MEDIDAS DE PROTECCION	SI	NO	IMAGEN	MEDIDAS DE PROTECCION	SI	NO	IMAGEN
LINEA DE VIDA HORIZONTAL FIJA		X		ESLINGA CON ABSORBEDOR DE ENERGIA		X	
LINEA DE VIDA HORIZONTAL MOVIL		X		ESLINGA DE RESTRICCION		X	
LINEA DE VIDA HORIZONTAL CABLE EN ACERO CON ALMA DE ACERO		X		ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	X		
LINEA DE VIDA HORIZONTAL EN CUERDA		X		MOSQUETONES DE SEGURIDAD (BLOQUEO AUTOMATICO)		X	
ARNES DE CUERPO COMPLETO	X					X	

CONDICIONES DE SEGURIDAD	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A	C	N/A
EL COLABORADOR CONOCE Y HA DILIGENCIADO EL PERMISO			X		X		X		X		X			
LA PERSONA ENCARGADA DE EJECUTAR LA LABOR HA RECIBIDO INSTRUCCIÓN Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A SEGUIR			X		X		X		X		X			
VERIFICACION PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR			X		X		X		X		X			
LINEA DE VIDA INSTALADA CORRECTAMENTE Y RESISTENTE			X		X		X		X		X			
LOS TRABAJADORES ESTAN APTOS PARA DESARROLLAR LA LABOR(ESTADO DE SALUD, CONCEPTO MEDICO VIGENTE)			X		X		X		X		X			
LOS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES			X		X		X		X		X			
SI ES TRABAJO EN AREAS OSCURAS O TRABAJO NOCTURNO, CUENTAN CON ILUMINACION NECESARIA			X		X		X		X		X			
CONDICIONES CLIMATICAS OPTIMAS			X		X		X		X		X			
LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS A UTILIZAR EN LA LABOR SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES			X		X		X		X		X			

OBSERVACIONES:

EL PERMISO ES CANCELADO: SI ( ) NO ( )

HORA DE SUSPENSION DE ACT.:

MOTIVO:

AUTORIZACION: Las Medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas han sido revisadas y cumplen los requisitos; por tanto autorizo el trabajo

NOTA: El permiso de trabajo es valido por 9 horas y se podra extender maximo a dos horas adicionales cuando sean condiciones criticas, en caso de revalidacion diaria, se verifican las condiciones de salud y seguridad en el trabajo diariamente según sea el caso.

FIRMA DE QUIEN AUTORIZA EL PERMISO
(JEFE DE AREA O CONTRATISTA)

Sandra Reyes
COORDINADOR DE ALTURAS

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Sandra Reyes
ENCARGADO DE SST, numero de Licencia

ENCARGADO DE ACTIVAR PLAN DE EMERGENCIA

La Autorización cubre solo la solicitud de trabajo. Cambios de turno y/o persona responsable del trabajo ***REQUIERE UNA NUEVA AUTORIZACION***

Powered by CamScanner

ARKAN CONSORCIO

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO:	FGST-16
VERSIÓN:	01
FECHA:	01-ago
PAGINA:	1 DE 1

FECHA DE ELABORADO 24-Nov-25

PROYECTO / OBRA Archivo APLICA: DESDE 24-Nov- HASTA 27-Nov 2025

No TARE	DESCRIPCION DE	PASO ESPECIFICO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o Situacion)	CONSECUENCIA	CONTROLES O ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSIBLE - CARGO
1	INSTALACION MANTO / IMPERMEABILIZACION	Charla de Seguridad	locativo - Fisico	Tropezones - Golpes - Fracturas Caidas	Autocuidado - Transitar con precaución - Areas libres y Señalizadas	SST Oficial Auxi
2		Se Verifica y se alista material	locativo - Fisico - Ergonomico, movimientos repetitivos - Factor climatico -	caidas mismo y diferente nivel - Uso adecuado de EPP - Machucones - Tropezones	Uso adecuado EPP - Firma de permisos - Verificacion Herramientas y material, Verificacion Punto de trabajo, Autocuidado.	SST Oficial Auxiliares
3		lavar placa y retiro de Residuos Aplicacion de la inmulsion	Gases y Vapores, posturas inadecuadas, locativo, Fisico, Ergonomico, condiciones inesperadas Propias de la tarea, Factor climatico	laceraciones - Posturas inadecuadas, dolor, lumbal, quemaduras, amputaciones caidas, golpes	Autocuidado, Buenas posturas, Areas limpias y Adecuadas, Pausas activas, rotacion del Personal para realizar la actividad - Uso correcto y Adecuado EPP.	SST Oficiales Auxiliares
4		Aplicacion de manto e instalacion Bituminosa Orden y Aseo	Gases y Vapores, posturas innadecuadas, locativo, Fisico - Ergonomico - condiciones inesperadas Propias de la tarea - Factor climatico	Posturas inpdecuadas, quemaduras - machucones, caidas - laceraciones - dolor lumbal golpes	Autocuidado - Buenas Posturas, Uso adecuado de EPP, Areas limpias y Adecuadas, Pausas Activas, rotacion del Personal para realizar actividad	SST Oficiales Auxiliares

EQUIPOS O HERRAMIENTAS A UTILIZAR	q			
	Overol	☑	Guantes de Nylon	☐
	Botas de Seguridad	☑	Guantes de Vaqueta	☐
	Botas de Caucho	☐	asco	☐
	Linea de Vida	☐	Protección respiratoria	☐
	Arnes con Eslinga	☐	Proteccion auditiva	☐
	Gafas de	☐	Careta	☐

REQUIERE	
Alturas	☐
Caliente	☐
Confinado	☐
Eléctrico	☐
Otro	☐
Otro	☐

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	No C.C.	CARGO	FIRMA
Luis Sambrano	1023552982	OF	
Wilmer Perez	2022356798	OF	
Jeisson Cardenas	1076826219	Auxiliar	Jeisson C.

DIVULGACIÓN	
OBRA O SITIO	SI
Archivo	X
Archivo	X
Archivo	X
Archivo	X

"SI EL TRABAJO ES INSEGURO SUSPENDER INMEDIATAMENTE LAS ACTIVIDADES"

Powered by CamScanner

ARKAN CONSORCIO

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO:	FDST-16
VERSION:	01
FECHA:	03-ago
PAGINA:	1 DE 1

FECHA DE ELABORADO: 19-Nov-2025

PROYECTO / OBRA: Archivo

APLICA: DESDE 19-Nov-25 HASTA _____

No TARE	DESCRIPCION DE	PASO ESPECIFICO DE LA TAREA	PELIGROS (Fuente o Situacion)	CONSECUENCIA	CONTROLES O ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSIBLE - CARGO
1	IMPERMEABILIZACIÓN PLACA	Charla de seguridad	locativo Fisicos	tropezones Golpes, Fracturas	Transitar con Precaucion Autocuidado.	SST Oficial Auxil
2		Se Verifica y Se alista Material	locativo, Fisico Ergonomico, Movimiento repetitivo	caidas de mismo nivel, Uso adecuado de EPP, machucones tropezones	Uso Adecuado ~~EPP~~ Firma de permisos Verificacion de material, herramientas y Puntos de trabajo, Autocuidado	SST Oficial Auxiliares
3		Lavar Placa y retiro de Residos Aplicacion de la inmulsión	Gases y Vapores, locativo Postura, manipulacion de carga, Movimiento repetitivo, Fisico, locativo, Factor climatico	laceraciones Posturas inadecuadas, dolor lumbal quemaduras, amputaciones	Buenas posturas, Uso adecuado EPP, Areas libres, y despejadas, Autocuidado Pausas Activas, rotacion de personal para actividad	SST Oficiales Auxiliares
4		Aplicacion de manto e Instalacion Bituminosa Orden y Aseo	Gases y vapores, postura, locativo, Fisico, ergonomico, condiciones de tarea	Posturas inadecuadas dolor lumbal, quemaduras amputaciones, laceraciones	Autocuidado, buenas posturas, Areas libres Pausas Activas, Orden y Aseo, rotacion de personal para la actividad Uso adecuado de EPP.	SST Oficiales Auxiliares.

EQUIPOS O HERRAMIENTAS A UTILIZAR	q				
Herramiento de mano	Overol	☒	Guantes de Nylon	☐	
	Botas de Seguridad	☒	Guantes de Vaqueta	☐	
	Botas de Caucho	☐	Casco	☒	
	Linea de Vida	☐	Protección respiratoria	☐	
	Arnes con Eslinga	☐	Proteccion auditiva	☐	
	Gafas de	☐	Careta	☐	

REQUIERE	
Alturas	☒
Caliente	☒
Confinado	☐
Eléctrico	☐
Otro	☐
Otro	☐

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	No C.C.	CARGO	FIRMA	SOPORTACION OBRA O SITIO	SI
Jhon Uriel Cruz Luis	1.080.10	Auxiliar		Archivo	X
Luis Saimienta	1024552382	Auxiliar		Archivo	X
Jeisson Cardenas	1075271219	Auxiliar	Jeisson C.	Archivo	X
WILFREDO [illegible]	[illegible]	OP		Archivo	X

"SI EL TRABAJO ES INSEGURO SUSPENDER INMEDIATAMENTE LAS ACTIVIDADES"

Powered by CamScanner