| CONSORCIO MS | 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:** Señal Tucan Ambiental

**Marca:** Elite | **Modelo:** | **N° equipo:** 002

**Mes:** Noviembre 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**<br>**Nombre:** _____<br>**C.C** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **Firma encargado SST**<br>**Nombre:** _____<br>**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 | |
|---|---|
| Vehiculo en buenas condiciones para ser revisado |  |

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |